



HAL
open science

L' interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant un accouchement

Alexandra Bauer

► **To cite this version:**

Alexandra Bauer. L' interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant un accouchement. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887915

HAL Id: hal-01887915

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887915>

Submitted on 4 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Pierre Morlanne de Metz

*L'interruption volontaire de grossesse dans l'année
suivant un accouchement.*



Mémoire présenté et soutenu par

BAUER Alexandra

Née le 06 Octobre 1985

Promotion 2005-2009

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

✓ Mmes Morhain, Mougenot et Wurtz-Bourger, pour m'avoir accueillie au sein du centre d'aide à la femme à l'hôpital maternité de Metz et pour m'avoir aidée dans la réalisation de mon enquête.

✓ Mme Lallement pour m'avoir aidée dans la réalisation de mon mémoire.

✓ Mme De La Chapelle, directrice de mémoire, pour m'avoir également aidée dans la réalisation de ce mémoire.

✓ Ainsi que toute ma famille et amis pour m'avoir soutenue et aidée durant mes études.

*« Cet écrit n'engage que la responsabilité
de son auteur. »*

SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Sommaire.....	4
Introduction.....	7
Partie 1 :.....	9
<u>1. Cette grossesse rapprochée.....</u>	10
1.1. Pourquoi cette grossesse ?.....	10
1.2. Pourquoi avortent-elles ?.....	11
1.3. L'avortement en France.....	12
1.3.1. Quelques chiffres.....	12
1.3.2. Les lois qui régissent l'interruption volontaire de grossesse.....	14
<u>2. La sexualité dans le post partum.....</u>	16
2.1. Le post-partum.....	16
2.2. Quelles sont les raisons de cette reprise tardive des rapports sexuels?.....	17
2.2.1. Chez la femme.....	17
2.2.2. Chez l'homme.....	20
2.2.3. Dans le couple.....	21
<u>3. la contraception dans le post partum.....</u>	22
3.1. Physiologie hormonale du post-partum.....	22
3.2. Particularité du post-partum.....	23
3.2.1. Le risque thrombo embolique.....	23
3.2.2. Le passage d'hormones dans le lait maternel.....	23
3.3. Méthodes contraceptives utilisables.....	23
3.3.1. Les méthodes non hormonales.....	23
3.3.2. Les contraceptions hormonales.....	24
3.4. L'accès à la contraception en France.....	26
3.4.1. Connaissances des français sur la contraception.....	26
3.4.2. Méthodes de contraception utilisées.....	27
3.4.3. Où et comment accéder à ces méthodes contraceptives ?.....	27
<u>4. Le rôle de la sage-femme.....</u>	29
4.1. Les compétences de la sage femme.....	29
4.2. Futures compétences de la sage-femme.....	31
4.2.1. Rapport Poletti.....	31

4.2.2. Projet de loi Bachelot.....	32
Partie 2 :	34
1. Présentation de l'étude.....	35
1.1 Problématique.....	35
1.2 Hypothèses.....	35
1.3 Objectifs.....	35
1.3 Méthode.....	35
1.4 Population.....	36
1.5 Biais et difficultés rencontrées.....	37
2. Résultats.....	38
2.1. Caractéristiques de la population.....	38
2.2 Concernant les antécédents obstétricaux de la population.....	39
2.3 A propos de leur dernier accouchement.....	41
2.4 A propos de cette grossesse.....	54
Partie 3 :	57
1. Analyse et discussion.....	58
1.1. La situation socio-économique de ces femmes ayant une grossesse non désirée dans l'année suivant un accouchement.....	58
1.2. La grossesse précédente chez les patientes de la population.....	60
1.3. Les informations données aux patientes sur la contraception du post-partum....	63
1.4. A propos de cette interruption volontaire de grossesse.....	65
2. PROPOSITIONS.....	66
2.1. Prévention auprès des patientes.....	66
2.2. Prévention auprès du personnel soignant.....	70
2.3. Modifications qui pourraient être soumises au gouvernement.....	71
Conclusion.....	72
Bibliographie.....	73
Annexe 1.....	77
Annexe 2.....	82
Annexe 3.....	85
Annexe 3.....	85

Annexe 3.....85
Annexe 3.....85
Annexe 4.....88
Annexe 4.....88
Annexe 4.....88
Annexe 4.....88

Introduction

De tous temps, l'avortement a existé et a été considéré comme un mal. Le code d'Hammaerobi (XVII^{ème} siècle avant JC) le sanctionne, le serment d'Hippocrate (IV^{ème} siècle avant JC) l'interdit également : « (...) *je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif.* » [1] [2] Le 30 Juillet 1943, fut guillotinée Marie Louise Giraud pour avoir pratiqué 27 interruptions volontaires de grossesse dans la région de Cherbourg. Elle fut la seule « faiseuse d'ange » à être exécutée pour ce motif. En 1972, il y eut le procès de Bobigny [3] [4] où une mère de famille est portée au tribunal pour avoir aidé sa fille à avorter.

Le 26 Novembre 1974, Simone Veil prononçât devant l'assemblée le discours qui allait mener à la légalisation de l'avortement. Cependant, de nos jours, l'accès à celui-ci reste parfois encore difficile. [5]

En France, selon le Syndicat National des Gynéco-obstétriciens Français (SYNGOF), 5 % des interruptions volontaires de grossesses ont lieu dans les 6 mois suivant un accouchement soit environ 10 000 interruptions volontaires de grossesses par an. [7]

En tant qu'étudiante sage-femme, ce sujet m'a interpellée après avoir rencontré plusieurs patientes, dans cette situation, au fil de mes stages. Je me suis alors demandée : Pourquoi y a-t-il autant d'interruptions volontaires de grossesse dans cette période sensible qu'est le post-partum ?

Une réflexion est donc née de ce constat : L'information donnée aux patientes sur la contraception du post-partum est-elle adaptée ? Est-elle donnée au bon moment ? Le nombre d'entretiens est-il suffisant ?

Dans un premier temps, nous aborderons le sujet de l'interruption volontaire de grossesse, pourquoi cette grossesse et cette IVG ? Nous parlerons ensuite de la sexualité des couples dans le post-partum, de la contraception du post-partum. Puis, pour finir la première partie du mémoire, nous parlerons du rôle de la sage femme.

Puis, dans une deuxième partie, au travers d'une enquête, nous étudierons l'information reçue par les femmes au sujet de la contraception et de leur satisfaction concernant celle-ci.

Une dernière partie permettra de faire le point de ce qui est nécessaire d'entreprendre pour aborder d'une façon plus efficace ce problème.

Partie 1 :

Généralités concernant
l'interruption volontaire
de grossesse
et
la contraception.

1. CETTE GROSSESSE RAPPROCHÉE

Selon le rapport de la DREES (Direction de la Recherche ; des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) de 2006, on sait qu'environ **209 700** interruptions volontaires de grossesses ont été pratiquées en 2006 en France. Environ **5 %** de celles-ci ont lieu dans l'année suivant un accouchement. Pourquoi ces grossesses surviennent-elles si rapidement après l'accouchement précédent ?

1.1. Pourquoi cette grossesse ?

Cette grossesse est-elle réellement accidentelle ou s'agit-il **d'un désir inconscient** de grossesse ? En effet, d'emblée nous pourrions penser qu'il s'agit d'un défaut de prise de contraceptif ou d'un défaut d'information concernant celle-ci.

Mais il peut également s'agir d'un réel accident, cette grossesse précoce peut être due à un défaut de contraceptif ou à un manque de connaissance sur la contraception. En cette période délicate du post partum, la patiente ne sait pas comment gérer sa contraception.

Cependant il pourrait également s'agir d'un désir inconscient de grossesse de la part de la femme qui fait qu'elle va oublier son contraceptif ou ne va pas l'utiliser correctement malgré toutes les informations données. **C'est un acte manqué**. C'est un désir de grossesse mais pas un désir d'enfant [8] donc lorsqu'elle apprend qu'elle est enceinte elle souhaite avorter.

Ce désir de grossesse peut s'expliquer de différentes façons :

✓ L'enfant qu'elle a eu lors de la grossesse précédente ne ressemble pas du tout à l'enfant qu'elle s'est imaginée. Elle est déçue. Elle va donc vouloir renouveler l'expérience dans le but d'avoir l'enfant rêvé.

✓ D'autre part, pendant la grossesse précédente, elle était source de toutes les attentions ce qui a disparu à l'accouchement puisque désormais l'attention est tournée vers le bébé. Elle va donc essayer d'être enceinte à nouveau afin de reattirer l'attention sur elle.

✓ On pourrait également imaginer que c'est dans le but d'attirer l'attention de son compagnon. Attention, qu'elle a peut-être perdue lors de la naissance de l'enfant.

✓ Certaines femmes enceintes ressentent un état de plénitude qu'elles n'ont jamais ressenti avant. C'est la sensation du ventre plein. Celui-ci disparaît à l'accouchement avec la sensation désormais de ventre vide qui pourra manquer à la patiente, celle-ci va donc essayer de retrouver cette sensation.

✓ Elle peut également vouloir vérifier si elle est toujours féconde.

Dans ces cas là, même une information bien donnée dans le post-partum sur la contraception ne serait pas suffisante pour éviter ces grossesses se terminant par une interruption volontaire de grossesse. [9] [10]

1.2. Pourquoi avortent-elles ?

Certaines patientes vont avoir une grossesse précocement après la précédente pour certaines c'est un choix, pour d'autres non. Parmi celles qui ne le désirent pas, certaines vont garder cette grossesse et d'autres vont avorter. Nous trouvons peu de bibliographie sur ce sujet mais nous pouvons imaginer qu'elles avortent parce que :

- Un autre enfant ne fait pas partie des projets du couple.
- Leur situation financière ne permet pas d'élever un deuxième enfant.
- Le compagnon de la femme ne souhaite pas d'autre enfant.
- Le couple peut ne pas souhaiter avoir deux enfants rapprochés
- De plus comme nous l'avons sous-entendu précédemment, il peut s'agir d'un désir de grossesse et non d'enfant. L'avortement paraît alors inéluctable.

De plus en France, le congé maternité est de 10 semaines après l'accouchement. Le père n'a le droit qu'à 14 jours. Après la maman se retrouve seule à s'occuper du bébé , le ménage...Puis une fois qu'elle aura repris le travail , elle devra en plus gérer celui-ci. Cette situation n'est pas vraiment idéale pour donner naissance à un nouvel enfant, ni pour prendre correctement une contraception.

Il est à noter que dans certains pays, ce congé maternité est beaucoup plus long, par exemple en Norvège, il est d'une durée de un an payé à 80% et de 10 mois payé à 100%. Le père est obligé de prendre 1 mois et demi de congé qui sera déduit de ces un an ou 10 mois.

1.3.L'avortement en France.

1.3.1. Quelques chiffres

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse, en France, s'élève à 209 700. Ce chiffre est relativement stable, cependant le taux d'interruptions volontaires de grossesse ne cesse d'augmenter chez les mineures et les moins de 20 ans ; et cela malgré le développement de la contraception et de la pilule du lendemain. [11]

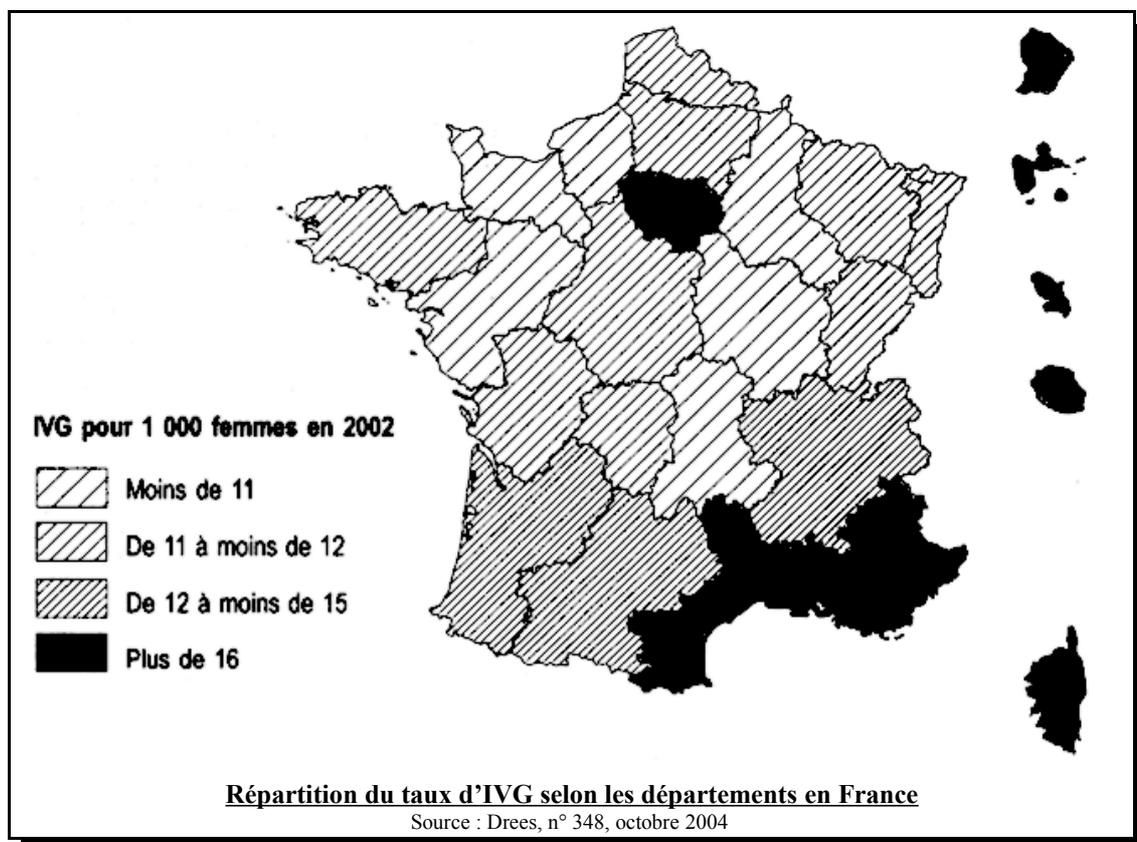
En 2006, le pourcentage d'avortements médicamenteux est de 46 % selon la DREES.Ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui y ont le plus souvent recours (27 IVG pour 1 000 femmes en moyenne en 2005) suivi de près par la catégorie des 25 à 29 ans.

Tranche d'âge	Nombre total d'IVG	Nombre d'IVG pour 1 000 femmes
15-17 ans	11 029	9,6
18-19 ans	16 290	21,7
20-24 ans	51 810	26,7
25-29 ans	42 824	22,3
30-34 ans	39 100	18,2
35-39 ans	28 621	13,0
40-44 ans	12 076	5,6
45-49 ans	1 559	0,7
TOTAL	203 346	14,1

Nombre d'interruption de grossesse en 2003

Source : DREES.

Si on regarde la répartition des interruptions volontaires de grossesses en France, c'est dans le Sud de la France, l'Île-de-France et surtout dans les départements d'Outre-Mer que le nombre d'avortements est le plus important. [12] [13]



Le délai moyen de prise en charge est **de 1 semaine** en 2006 selon le rapport d'information de Mme POLETTI. Pour la très grande majorité des femmes (5 sur 6), le recours à l'avortement est accidentel et unique. Sur 100 grossesses accidentelles, 53 sont dues à un rapport non protégé, 32 à un rapport protégé par une méthode contraceptive insuffisamment efficace et 15 à un oubli de contraception. **60 % des femmes** qui demandent une interruption volontaire de grossesse ne connaissent pas la contraception d'urgence. Ces chiffres proviennent du rapport de la DREES : « les interruptions volontaires de grossesses en 2005. » paru en Février 2008 [10]

1.3.2. Les lois qui régissent l'interruption volontaire de grossesse.

Le 17 Janvier 1975, il y aura promulgation de la loi Veil , qui suspend partiellement l'article 317 du code pénal pour 5 ans, autorisant l'avortement sous condition. En 1979, le Parlement adoptera une nouvelle loi sur l'interruption volontaire de grossesse qui confirme la loi Veil. [3]

Depuis 1982, l'avortement est remboursé par la Sécurité Sociale. Il sera désormais remboursé à 80 %.

En 1993, une loi est votée, punissant le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse, il s'agit de la loi Neiertz.

La dernière loi en date sur l'interruption volontaire de grossesse est la loi Aubry qui date de 2001. Voici les grandes modifications : [14]

- Le délai est porté de 10 à 12 semaines de grossesse (de 12 à 14 semaines d'aménorrhée)
- Autorisation de la prescription de la pilule RU 489 par les médecins de ville.
- Elimination de la restriction de la loi de 1975 : l'IVG était autorisée à la femme que sa grossesse plaçait dans une situation de détresse .
- Suppression dans le dossier de l'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères et à leurs enfants, ainsi que les possibilités offertes par l'adoption, l'accouchement sous X. Suppressions des coordonnées des associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle.
- Suppression de l'obligation d'autorité parentale pour les mineurs qui peuvent se faire accompagner par la personne majeure de leur choix et prise en charge intégrale des frais d'avortement pour les mineures de manière anonyme afin de cacher la vérité aux parents.
- Réduction de la clause de conscience des médecins, qui sont obligés de communiquer à la femme des noms de praticiens pratiquant des avortements.
- Suppression de la clause de conscience des responsables de service de gynécologie et d'obstétrique des hôpitaux publics.
- Suppression de la limite d'un quart de la proportion d'avortements par rapport au nombre total d'actes chirurgicaux dans les établissements privés.

- Déplacement du délit consistant à fournir à une femme les moyens de pratiquer un avortement sur elle-même du code pénal au code de santé publique (réduction de la gravité du délit).
- Suppression du délit de provocation de l'avortement.
- Suppression du délit de propagande ou de publicité en faveur des établissements d'avortement et des moyens d'avorter.
- Généralisation du délit d'entrave à l'avortement aux "pressions morales et psychologiques .

2. LA SEXUALITÉ DANS LE POST PARTUM

La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches. C'est une période de bouleversements à la fois psychiques et familiaux mais aussi physiques avec la perte brutale des repères physiologiques et anatomiques liés à la grossesse. Durant cette période des facteurs interviennent pour une reprise ou non de la sexualité, mais quels sont-ils ?

2.1. Le post-partum.

La grossesse est une période de grandes modifications hormonales, celle-ci perdure encore quelque temps après l'accouchement. Toutes les réactions physiologiques génitales sont ralenties en intensité et en durée jusqu'à environ 3 mois après l'accouchement.

En moyenne, la reprise de la sexualité se fait environ **7 semaines après l'accouchement**. A 6 semaines, environ 30% des femmes souffrent de dyspareunies (douleurs lors des rapports sexuels).

4 mois après l'accouchement, la majorité des femmes rapportent de l'inconfort physique, une insatisfaction de leur apparence et de la fatigue.

De plus, il semblerait que le moment de la reprise de la sexualité n'ait aucun lien avec le type d'accouchement mais qu'il y aurait une **augmentation des dyspareunies avec la présence d'épisiotomie** ([acte chirurgical](#) consistant à ouvrir le [périnée](#) au moment de l'[accouchement](#) afin de laisser passer l'[enfant](#)).

Lorsqu'une femme allaite, elle a un taux de prolactine haut et d'oestrogènes bas, ce qui va entraîner une baisse du désir et sécheresse vaginale, il y aura donc moins de relations sexuelles, moins de satisfaction sexuelle. Cependant nous pouvons associer **l'allaitement aux dyspareunies mais pas à l'anorgasmie (absence d'orgasme)**.

2.2. Quelles sont les raisons de cette reprise tardive des rapports sexuels?

2.2.1. Chez la femme

Du point de vue physique :

L'intérêt pour la sexualité est diminué et désinvesti par la femme pour des raisons multiples:

- Durant la grossesse et l'accouchement, **le corps a été malmené**. Il y aura donc un préjudice esthétique : le poids peut être longtemps excédentaire; les vergetures créent un ventre disgracieux, la dentition surtout en l'absence de soins peut payer un lourd tribut à la grossesse, les seins ptosés, les varices des membres inférieurs sont autant de stigmates de la maternité. Il y a, à ce moment là, une perte de reconnaissance du corps, c'est un corps amputé de sa fonction érotique. Comment se sentir désirable, comment imaginer que l'autre vous désire ? [15]

- Un **préjudice gynécologique** est également présent : certains accouchements provoquent de graves délabrements musculaires, des béances de la cavité vaginale et de l'orifice vulvaire. Les déchirures du périnée raccourcissent le vagin en cicatrisant ce qui l'endolorit lors du coït. Les hémorroïdes sont très douloureuses et les cicatrices d'épisiotomie peuvent entraîner des dyspareunies.

- L'allaitement au sein est une expérience sexuelle. Les seins sont des organes qui participent à l'excitation sexuelle. Cette composante gêne et déconcerte certaines femmes, d'autres prennent du plaisir. En effet, la stimulation du mamelon provoque non seulement une sensation généralisée de plaisir, mais constitue une réelle stimulation génitale. La femme comblée par l'arrivée de l'enfant, créant avec lui une véritable relation fusionnelle qui lui apporte, en plus, lors l'allaitement du plaisir génital (certaines femmes décrivent même avoir un orgasme) **vont différer parfois la reprise des rapports sexuels avec leur partenaire, car la fonction érotique de l'allaitement est suffisante.**

- De plus, après la naissance du bébé, le biorythme maternel est inévitablement modifié, le sommeil est perturbé pour s'adapter aux soins de l'enfant, l'alimentation est modifiée et la sexualité quasi inexistante. Une **asthénie** va donc apparaître ce qui va entraîner une diminution du désir sexuel.

- La prolactine et les changements hormonaux pendant la grossesse et durant l'allaitement maternel auraient un impact négatif sur le désir sexuel et sur la lubrification vaginale.

- Certaines patientes ont peur de reprendre les rapports sexuels et attendent d'avoir l'accord du médecin ou de la sage-femme lors de la visite post-natale. [16]

Du point de vue psychologique :

- Le **post-partum blues** perturbe la vie psychique et rend les femmes moins réceptives à la sexualité.

- Tout au long de la grossesse, le ventre s'arrondit accompagné par la perception des mouvements foetaux. Cette intercommunication entre la mère et son bébé, cette transformation du corps vont permettre à la femme de se constituer des sentiments maternants. Neuf mois de partage, où ils vont vivre jour après jour au même rythme. Neuf mois où l'enfant est idéalisé, fantasmé, porteur d'espoir et de joie. Suite à l'accouchement, la femme ressent un grand vide intérieur. Même si elle est heureuse et émue de blottir dans ses bras son nouveau né, elle ne peut **s'empêcher de ressentir ce vide**. Elle ne le sent plus donner des petits coups de pieds, son ventre est définitivement vide. Elle va devoir faire le deuil de sa grossesse, le deuil de cette plénitude. L'enfant est là, prenant toute sa place, exigeant dans ses besoins. Il veut tout et tout de suite, provoquant chez la mère des **sentiments de culpabilité** par peur de ne pas pouvoir répondre à toutes ces exigences. Elle doit apprendre à le connaître et à s'occuper de lui. Elle est dans une relation fusionnelle avec son bébé. Les nuits blanches sans sommeil, les jours qui se ressemblent, rythmés par les horaires des têtées, elle a du mal à se trouver un espace de liberté pour elle, rien que pour elle. Michèle Lachowsky dans son livre : « *Un temps pour les femmes* » écrit : « *La première grossesse est un moment*

évolutif fondamental du développement de l'identité féminine qui, après l'inscription dans le grand rôle des femmes, assigne une place dans la lignée des mères. ».

- La femme doit s'adapter à son nouveau statut, elle n'est plus seulement une femme, elle est également une mère. Elle n'est plus uniquement la fille de sa mère, mais également la mère de son enfant. Cette nouvelle naissance va bouleverser la place de chaque membre de la famille. C'est une marche d'escalier que l'on monte à chaque naissance et qui nous pousse inexorablement vers la mort. L'enfant prend une place extrêmement importante, il envahit tout l'espace et il est parfois très difficile pour la jeune mère de réinvestir sa sexualité.

Du point de vue religieux : [17]

- Dans la religion chrétienne : la femme est impure pendant **40 jours** après l'accouchement. Elle doit alors rester chez elle pendant toute cette période et jusqu'à la cérémonie de purification. Mais ceci n'est plus pratiqué de nos jours. Selon les textes cela permet de purifier la femme, accélérer le rétablissement de son corps affaibli. La contraception par des moyens artificiels n'est pas autorisée, seule est autorisée la régulation des naissances par méthode naturelle.

- Dans le judaïsme : L'Eternel parla à Moïse, et dit : *« Lorsqu'une femme deviendra enceinte, et qu'elle enfantera un mâle, elle sera impure pendant sept jours ; elle sera impure comme au temps de son indisposition menstruelle. Le huitième jour, l'enfant sera circoncis. Elle restera encore trente-trois jours à se purifier de son sang ; elle ne touchera aucune chose sainte, et elle n'ira point au sanctuaire, jusqu'à ce que les jours de sa purification soient accomplis. Si elle enfante une fille, elle sera impure pendant deux semaines, comme au temps de son indisposition menstruelle ; elle restera soixante-six jours à se purifier de son sang. »* Lévitique chapitre 12,1-5. Il y a interdiction pendant cette période d'être dans le lit conjugal. Cela est respecté par les femmes juives pratiquantes. Son retour de couche annonce le retour de la pureté et la fécondité.

La contraception masculine est interdite alors que la contraception féminine est autorisée à condition que le couple ait déjà donné naissance à un garçon et une fille.

Bien sûr seules les méthodes naturelles sont autorisées. (méthode de la température, Ogino...)

- Dans la religion islamique : Les accouchées ont droit à un repos réparateur de 7 jours durant laquelle la famille s'occupe d'elle, lui prépare des repas pour qu'elle puisse reprendre des forces. Elles observent parfois une période d'isolement de 40 jours avec le nouveau-né. Elles s'installent alors dans une pièce autre que la chambre conjugale. Elles sont considérées comme impures durant tout le temps des pertes sanguines du post-partum.

- Dans la religion hindouiste la durée d'impureté est de 21 jours.

- En Afrique : L'interdit sexuel dure tout le temps de l'allaitement maternel car l'allaitement ne doit pas être interrompu par une grossesse puisque la carence d'alimentation de substitution condamnerait l'enfant à une mort certaine. Le mari est donc autorisé à prendre une seconde femme. Pour les femmes d'origine africaines vivant en Europe, la polygamie étant interdite, elle utilise l'allaitement artificiel pour réduire la période d'abstinence à un maximum de 3 mois.

2.2.2. Chez l'homme.

Une étude a montré:-que 10 % des hommes sont perturbés après l'accouchement. Ceci est notamment lié à la vision du périnée amplifié au cours de l'expulsion fœtale.

-que 80 % des hommes sont gênés par la présence du bébé dans leur chambre

-que 5 % sont dérangés par l'allaitement maternel.

- 1 père sur 10 n'arrive pas à reprendre une activité sexuelle avec sa femme, ceci à cause des bouleversements engendrés par l'accouchement.

L'homme doit être préparé à l'accouchement de sa femme, car la vision de la naissance, aussi merveilleuse puisse-elle être peut entraîner chez certains hommes **un rejet de cette partie intime de leur compagne**. Le partenaire a peut-être le sentiment mitigé d'impuissance et d'inutilité. En salle de naissance, il peut ne pas trouver sa place

et se sentir déçu et frustré. Dans les suites de couches, il est maladroit et n'ose pas prendre des initiatives.

Selon Lacan, il est fondamental qu'il y ait **un tiers entre la mère et son enfant**. La fonction paternelle assure une fonction de coupure et de séparation. L'enfant de la réalité n'est pas l'enfant imaginaire et la mère se retournera vers son mari pour confirmer sa féminité et envisager une deuxième grossesse. La position que le père adopte est liée à son propre vécu de fils, à la place que sa femme lui accorde dans la jouissance, et aussi à sa capacité de vivre avec le fait que sa femme est devenue mère.

De plus cette situation où sa femme devient mère peut réactiver chez lui une situation ancienne et complexe où il était auprès de sa mère en compétition avec son père. Sa femme devenue mère, s'assimile en quelque sorte à l'image qu'il a lui de la mère, de sa mère, avec son statut de femme non désirable en vertu du tableau d'inceste.

2.2.3. Dans le couple

Le couple subit également des bouleversements. La relation de couple se transforme en trio. La relation duelle privilégie le plus souvent « la mère et l'enfant » plutôt que « le père et l'enfant » ou « le père et la mère ». Le couple cherchera continuellement un équilibre qui est plus ou moins difficile à atteindre. La difficulté de chacun est de faire le deuil de sa position centrale dans la sphère affective de l'autre. Il s'agira d'une redécouverte entre les deux partenaires devenus des parents. De plus la relation de communication entre l'homme et la femme va se modifier. **La naissance d'un enfant est une « mise à l'épreuve » du couple.**

La sexualité dans le post-partum est donc complètement dépendante du déroulement de la grossesse et du vécu de celle-ci par la femme et le couple. La femme saura indiquer à son partenaire quand elle est prête pour la reprise des rapports sexuels, celui-ci devra donc être attentif. Ce moment surviendra plus ou moins tôt mais étant donné que le risque de grossesse survient rapidement après l'accouchement, il faudra songer à un moyen de contraception. Mais quels moyens de contraception peut-on donner aux patientes durant la période du post-partum?

3. LA CONTRACEPTION DANS LE POST PARTUM

Cette contraception doit être **efficace et simple**, car si elle est trop contraignante, elle ne sera pas utilisée. Il faut que la femme et le couple puissent faire un choix adapté à leur réalité quotidienne.

3.1. Physiologie hormonale du post-partum.

➤ En cas d'allaitement maternel : L'ovulation est possible dès le début du 2^e mois mais dans un faible pourcentage des cas. Selon un article sur la contraception du post-partum de l'OMS, un allaitement complet avec des tétées supérieures à 6 par 24 heures, et pas plus de quatre heures entre chaque mise au sein entraîne un taux d'infertilité de 98% à 6 mois. Il s'agit du principe **MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel Aménorrhée. (annexe2)** [18]

➤ En l'absence d'allaitement : S'il y a utilisation d'un inhibiteur de la prolactine (Bromocriptine), **le retour de couche survient entre 21 et 23 jours**. Dans 6% des cas, il est précédé d'une ovulation, ce qui signifie que ces femmes peuvent ovuler dans les **15 jours** qui suivent leur accouchement.

➤ En l'absence d'allaitement et de prise de bromocriptine : il n'y aura pas d'ovulation avant le **25^{ème} jour suivant l'accouchement**.

3.2.Particularité du post-partum

3.2.1. Le risque thrombo embolique.

Le risque thromboembolique lié à l'hypercoagulabilité persiste pendant 3 semaines après l'accouchement. Il est donc contre-indiqué de prescrire un oestroprogestatif avant cette date.

3.2.2. Le passage d'hormones dans le lait maternel.

Le passage d'hormones est de 0.02 % dans le lait maternel pour la progestérone et de 0.01% pour les œstrogènes. La progestérone augmente la lactation. Les micro progestatifs n'auraient pas d'effets sur la lactation tout comme les œstrogènes. Les micro progestatifs dans les trois premières semaines vont entraîner des spottings.

Donc contrairement à ce que l'on pense, en post-partum, malgré le fait que la femme allaite, on peut lui donner des microprogestatifs, des progestatifs ou des œstrogènes. On va même préférer les oestroprogestatifs. [7]

3.3.Méthodes contraceptives utilisables.

3.3.1. Les méthodes non hormonales.

Ces méthodes contraceptives sont utilisables par toutes les femmes qu'elles allaitent ou non. Celles-ci n'augmentent pas le risque thromboembolique par contre certaines sont d'une efficacité moindre qu'une méthode hormonale et parfois d'utilisation délicate. [19] [20]

➤ Les spermicides : l'indice de Pearl (nombre de grossesses pour 100 femmes après 12 mois d'utilisation de ce moyen de contraception.) peut atteindre 18 % si l'utilisation est optimale. Leur mécanisme d'action consiste en la destruction de la membrane cellulaire des spermatozoïdes et va donc les détruire. Ils doivent être appliqués à chaque rapport sexuel, ils existent sous différentes formes : ovule, crème, crème avec applicateur, éponge... Cette méthode de contraception est relativement onéreuse. Les spermicides sont plus efficaces chez les femmes dont la fécondité a

diminué naturellement, **celles qui allaitent ou encore qui ont peu de rapports sexuels.**

Le seul compatible avec l'allaitement est le chlorure de benzalkonium.

Etant donné leu risque d'échec, **ils ne doivent pas être utilisé seuls** mais associés à un autre moyen contraceptif tel que le préservatif.

➤ Le diaphragme : Sorte de « capuchon » que l'on pose sur le col de l'utérus, il est utilisé avec des spermicides. Il ne protège pas des infections sexuellement transmissibles.L'indice de Pearl est de 8 à 17 %.Le diaphragme doit être mis 10 minutes avant le rapport sexuel et enlevé au minimum 2 heures après.

➤ Le préservatif masculin : Lorsqu'il est bien utilisé, l'indice de Pearl est de 3 pour cette méthode de contraception.Il est préconisé à cette période de la vie et doit être utilisé à **chaque rapport sexuel.**

➤ Le préservatif féminin : Tout comme le préservatif masculin, il doit être utilisé à **chaque rapport sexuel.** L'indice de Pearl est de 5 si l'utilisation est optimale.

➤ Le stérilet au cuivre : il peut être posé rapidement; dans certains pays, le pose,48 heures après l'accouchement, en France, rarement **avant 6 semaines.** Son indice de Pearl est de 0.6 %. En cas de césarienne, si le délai empirique recommandé est de 3 mois, rien en fait n'empêcherait son insertion à la visite post-natale.



3.3.2. Les contraceptions hormonales.

- **La femme n'allait pas et a pris un inhibiteur de la lactation.**

C'est le cas le plus fréquent, l'ovulation peut revenir dans les 15 jours suivant l'accouchement. **Une pilule microprogestative peut être prescrite dès la première semaine.** Il en existe deux principales : Microval[®] et Cerazette[®]

Le relais avec un contraceptif oestro-progestatif se fera dès le 21^{ème} jour après l'accouchement, sans interruption, ce qui permet un retour de couches plus programmé et moins abondant.

La même attitude est possible chez les femmes ayant allaité très peu de temps et qui pour des raisons diverses n'ont pas pris d'inhibiteur de la lactation.

Selon le CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français), une contraception par implant est possible dès le 3^{ème} jour du post-partum, par stérilet dès 2 mois de même que pour l'anneau vaginal.

- **La femme allaite.**

En théorie, elle n'a pas besoin de contraceptifs si elle respecte la méthode MAMA.

En pratique, l'ovulation précédant les règles, il y a un risque non négligeable de grossesse dès le 3^{ème} mois. Plusieurs contraceptions sont possibles, celle que nous allons préférer sera une contraception microprogestative à commencer 3 jour après l'accouchement. S'il y a un risque important, une anxiété particulière de la femme ou du soignant, elle pourra la commencer dès la première semaine après la sortie de la maternité.

Un relai par contraception oestroprogestative est possible dès le 21^{ème} jour après l'accouchement. Les modalités de traitement par implant, stérilet et anneau vaginal sont les mêmes que pour les patientes qui n'allaitent pas. Ce sont les nouvelles recommandations du CNGOF développées durant la 30^{ème} journée nationale du 30 Novembre 2006.

- **En cas d'oubli**

S'il s'agit de :

➤ Microval[®] : si l'oubli est de plus de **3 heures**, la femme doit reprendre dès que possible le comprimé oublié et utiliser une contraception mécanique supplémentaire pendant 7 jours si le retour de couches a eu lieu. Si l'oubli est de moins de 3 heures, elle prend le comprimé oublié et n'aura pas besoin de prendre de contraception supplémentaire.

➤ Cerazette[®] : même recommandation pour plus de **12 heures** d'oubli.

3.4.L'accès à la contraception en France.

71 % des personnes âgées de 15 à 54 ans et sexuellement actives déclarent utiliser un moyen de contraception. Le plus fréquemment utilisé est **la pilule pour 57%** devant le stérilet et le préservatif. Ces données proviennent d'une enquête faite par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) en 2005. [23]

3.4.1. Connaissances des français sur la contraception.

L'enquête INPES BVA réalisée début 2007, montre que les Français sont également nombreux à connaître une diversité de méthodes contraceptives. La pilule et le préservatif masculin sont connus par plus de 97 % des Français, et le stérilet par 93 %. Presque les trois quarts des personnes interrogées connaissent aussi le préservatif féminin et le diaphragme. La plupart des autres moyens sont cités par environ une personne sur deux : spermicides 52 %, patch 48 %, implant 44 %, et anneau vaginal 44 %. Cependant de nombreuses **représentations erronées perdurent** avec un niveau de connaissances sur le sujet **extrêmement basiques** avec de véritables lacunes sur le cycle féminin et les moyens de contraception.

La contraception d'urgence, pilule du lendemain, est connue de la majorité des personnes, mais seulement **5% des personnes en connaissent précisément le délai d'usage et les conditions de délivrance.** [23] [24]

3.4.2. Méthodes de contraception utilisées.

Les méthodes de contraception utilisées sont différentes en fonction de l'âge. [23]

Age (ans)	[20-24]	[25-29]	[30-34]	[35-39]	[40-44]	[45-49]
Femmes utilisant une contraception	69.5 %	68.5%	68.6%	71.1%	65.1%	44.5%
pilule	57.5%	50.6%	42.7%	31.9%	20.9%	14.3%
stérilet	3.1%	7.7%	14.9%	27.6%	26.0%	17.6%
Abstinence	2.7%	2.5%	3.6%	3.2%	7.5%	5.2%
préservatif	5.0%	5.1%	4.5%	5.8%	3.5%	3.8%
Méthode locale	0.3%	0.2%	0.7%	0.2%	1.6%	1.0%
retrait	0.8%	2.5%	2.1%	2.0%	4.7%	2.1%

Utilisation des différentes méthodes de contraception par tranche d'âge

(Source : INED 1994)

3.4.3. Où et comment accéder à ces méthodes contraceptives ?

Toutes les méthodes contraceptives se procurent **en pharmacie sur ordonnance préalablement** faite par un **médecin généraliste ou un gynécologue**. Seul le préservatif se trouve en pharmacie sans ordonnance. L'implant et le stérilet sont mis en place par le médecin.

Les sages-femmes ont le droit de prescrire un contraceptif à leur patiente dans le post partum et le post abortum. Elles sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux (pilule, implant, anneau vaginal). La première pose de cape ou de diaphragme doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

Ces contraceptifs ne sont **pas remboursés par la sécurité sociale** : un implant ou un stérilet n'est pris en charge qu'à 65%, l'utilisation du patch contraceptif coûte de 10 à 16 euros par mois, celle de l'anneau vaginal Nuvaring 15 euros et celle d'une pilule de deuxième ou troisième génération de 7 à 28 euros (pour trois mois). Les pharmaciens fixent librement le prix des contraceptifs.

Il existe les plannings familiaux où la pilule est **gratuite** pour les jeunes filles de moins de 18 ans, voir de moins de 20 ans dans certains départements. Un suivi gynécologique y est également assuré. Ceci est financé par le conseil général. (**Annexe 3**) Les adolescents peuvent également y trouver préservatifs et tous renseignements qu'ils désirent. Mais toutes femmes ou hommes peut également aller se renseigner dans

ces centres. Des séances d'informations en collèges et lycées sont également assurées par le planning familial afin d'informer les adolescents.

Il existe également le mouvement français pour le planning familial, qui est une association qui agit auprès des pouvoirs publics pour faire reconnaître les droits des femmes à la maîtrise de leur fécondité (contraception, avortement) et lutte pour l'élimination de la violence sexiste.

Voici, un tableau résumant les différentes méthodes utilisables selon le contexte d'allaitement ou non :

Chez une femme qui allaite	Chez une femme qui n'allait pas
<ul style="list-style-type: none"> • La méthode MAMA • Toutes les contraceptions locales (spermicide ; préservatif...) • Le stérilet au cuivre • Le stérilet à base de progestatif. • L'implant • La contraception hormonale micro progestative. 	<ul style="list-style-type: none"> • La contraception locale • La contraception hormonale : LNG ; désogestrel ; oestroprogestatif à partir du 21^{ème} jour du post-partum • Le stérilet au cuivre où a base de progestérone • L'implant

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) recommande qu'une information sur les différentes méthodes de contraception utilisables en post-partum, y compris le stérilet, soit réalisée au cours de la grossesse et que l'éventuelle contraception qui suivra après l'accouchement soit discutée. Il est toujours difficile de trouver le moment optimal pour parler de cette contraception. Elles doivent en 3 jours en moyenne, récupérer physiquement, moralement de leur accouchement, envisager l'allaitement et prévoir le retour à domicile. Selon la dernière grande campagne publicitaire de prévention contre les grossesses non désirées : « **La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit.** »

4. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME.

Prescrire une contraception aux patientes dès la sortie de la maternité mais également leur expliquer pourquoi prendre une contraception et les différentes méthodes qui existent est primordial mais il faudra également leur parler de la reprise de la sexualité après un accouchement. Quel est alors le rôle des sages femmes?

4.1. Les compétences de la sage femme.

Depuis la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique, les sages femmes sont autorisées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post natal et après une IVG.

Article L5134-1 du code de santé publique

Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 102 JORF 11 août 2004

I. - Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

II. - Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III. - Les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse

Avant, les sages femmes avaient déjà un rôle actif dans la contraception puisqu'elles étaient habilitées à prescrire et effectuer la première pose des diaphragmes et des capes. Désormais, elles peuvent prescrire toutes contraceptions oestro progestatives à savoir pilules, dispositifs trans-dermique (patch), anneaux vaginaux contraceptifs, ainsi que toutes contraceptions progestatives comme l'implant, les pilules. Elles sont également autorisées à procéder à la surveillance des dispositifs intra utérins et à réaliser des frottis en début de grossesse afin de procéder au dépistage des cancers du col de l'utérus.

D'autre part, un rapport annexé à cette loi décrit les objectifs constituant la politique de santé publique pour la période 2004-2008. L'objectif n°97 est donc d' « assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toute femme qui décide d'y avoir recours ». L'ANAES a également élaboré en décembre 2004 des recommandations pour la pratique clinique afin d'établir des stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Le but étant de prescrire le contraceptif le plus adapté à la situation de la femme et du couple. Ainsi, tous les professionnels de santé qui prescrivent une contraception ont le devoir d'améliorer leurs pratiques pour assurer l'accès à une contraception adaptée. [25]

Les sages femmes ont donc un rôle crucial à jouer car cette nouvelle capacité de prescription les met au cœur de la politique de santé publique. Ce sont des « acteurs de première ligne » de par leur présence constante auprès des femmes enceintes, elles sont donc les plus à même de conseiller et prescrire le moyen contraceptif le plus adapté à la situation de la femme. De plus, elles ont un rôle crucial d'informations puisqu'elles doivent informer les patientes sur la contraception du post-partum durant les séances de préparation à la naissance et dans le post-partum immédiat.

4.2. Futures compétences de la sage-femme.

4.2.1. Rapport Poletti.

Le 29 octobre 2008, il y a eu une présentation du rapport d'information n°1206 de Bérangère Poletti de l'association nationale sur le suivi de la loi du 04 Juillet 2008 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Elle propose notamment [26]

✓ « Ouvrir aux sages-femmes dans les établissements de santé, les centres de santé et de planification, la possibilité de prescrire des IVG médicamenteuses »

✓ « Organiser des parcours coordonnés de soins pour le suivi de la grossesse incluant médecins et sages-femmes et favoriser l'installation de ces dernières en exercice libéral pour mettre en cohérence leurs compétences en matière de contraception et de suivi des femmes avec leur capacité de l'exercer. »

✓ « Poursuivre et amplifier les actions tendant à la diversification des modes de contraception lancés par la campagne d'information sur la contraception et assurer un meilleur remboursement de certains contraceptifs »

Outre cela, elle propose également d'améliorer la qualité des outils statistiques concernant l'IVG, former les médecins à la pratique de l'IVG, inciter à la formation de réseaux de santé ville-hôpital, faire des campagnes d'information et des informations sur la sexualité à intervalle plus régulier....Au total, elle fait 16 propositions afin de favoriser l'accès à la contraception et l'IVG.

Elle parle aussi d'une revalorisation financière de l'interruption volontaire de grossesse afin d'éviter que cette pratique soit menacée dans certains établissements de santé.

4.2.2. Projet de loi Bachelot.

Pour fin 2008, Mme Bachelot, ministre de la santé, a préparé un nouveau projet de loi intitulé : « hôpital, patients, santé et territoires ». Elle y modifie les articles du titre III : [27]

✓ Ces modifications visent à étendre aux sages-femmes les possibilités de prescription de la contraception, de suivi gynécologique de prévention, et d'IVG médicamenteuse dans les établissements de santé, les centres de santé et les CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale) afin de faciliter l'accès des femmes à la contraception, améliorer la prise en charge des grossesses non désirées, compte tenu des relations privilégiées qui peuvent être nouées avec les sages-femmes, notamment durant la période périnatale.

✓ Elles instaurent en outre l'obligation pour le médecin ou la sage-femme de proposer un frottis cervico-utérin à la femme enceinte, afin de prévenir les risques de cancer du col de l'utérus.

✓ Par ailleurs, il est proposé d'autoriser les infirmiers à renouveler, dans certaines conditions, les prescriptions de contraceptifs oraux. Cette mesure permettra d'améliorer le taux de couverture contraceptive des jeunes femmes notamment. Cela concerne l'ensemble des infirmiers, et plus particulièrement et prioritairement ceux qui exercent une activité de prévention en santé scolaire, protection maternelle et infantile et planification familiale. Leur pratique actuelle est en effet déjà centrée sur les populations ciblées.

✓ Elle procède également à la modification de l'article L.5125-23-1 du code de la santé publique pour permettre au pharmacien, sauf en cas d'opposition du prescripteur, de dispenser, sur présentation d'une ordonnance périmée prescrivant des contraceptifs oraux, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement pour une période non renouvelable de six mois.

Ces modifications qui devaient être débattues au mois de Janvier le seront finalement au mois de Février. Ce projet de loi s'inspire du rapport de Mme Poletti.

Dans l'hypothèse où les sages-femmes seraient autorisées à pratiquer l'IVG médicamenteuse, il ne faut pas oublier que celles-ci auront le droit de faire valoir leur clause de conscience. Le code de déontologie des sages femmes va dans ce sens et le stipule par les articles R4127.328 du code de la Santé Publique.

Etant donné nos compétences et peut être les nouvelles compétences à venir, les sages femmes ont un rôle primordial dans la prévention des grossesses non désirées. Il ne faut pas oublier qu'en tant que sage femme nous avons également le droit de poser une clause de conscience. De nos jours, il faudra se méfier de la nouvelle politique de la T2A qui risque de rendre plus difficile l'accès à l'avortement. [28] [29]

Partie 2 :

Présentation

et

résultats

de

l'étude

1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE.

1.1 Problématique

De nos jours, il y a environ 5% des interruptions volontaires de grossesses qui ont lieu dans le post-partum selon le syndicat national des gynécologues obstétriciens français. [7]

Nous pouvons donc nous demander comment améliorer les connaissances sur la contraception du post-partum afin de diminuer le nombre d'interruptions volontaires de grossesse dans l'année suivant un accouchement.

1.2 Hypothèses

La survenue de ces grossesses non désirées peut être expliquée de différentes façons : d'une part, on peut supposer que les informations sur la contraception du post-partum ne sont pas données à un moment opportun, que la méthode d'informations utilisée n'est pas adaptée, que le nombre d'entretiens concernant ces méthodes contraceptives est insuffisant et enfin qu'aucune information n'est donnée sur la contraception d'urgence.

1.3 Objectifs.

Mon étude a pour but de montrer que la prévention de ces grossesses non désirées dans l'année suivant un accouchement n'est pas abordée de façon optimale en France et qu'il existe un manque d'information concernant les différentes méthodes contraceptives.

1.3 Méthode.

Pour réaliser cette étude, j'ai choisi de réaliser et de distribuer un questionnaire sur l'information qui a été faite aux patientes concernant la contraception du post-partum

J'ai choisi cette méthode afin de pouvoir réaliser mon étude de façon anonyme et ainsi de recueillir un échantillon le plus important possible. (**Annexe 1**).

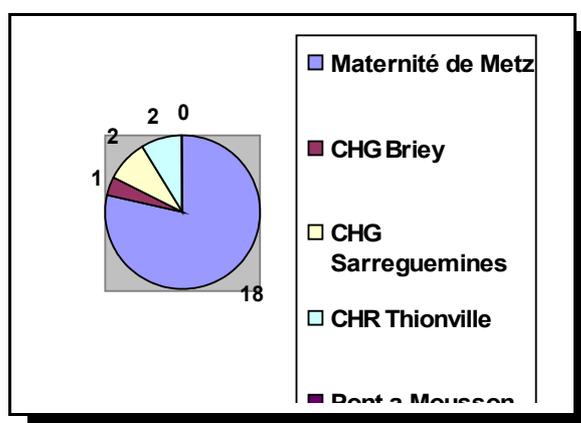
Mon outil a été testé afin de vérifier la compréhension de celui-ci par les patientes. Celui-ci a été inclus à l'étude.

J'ai pu recueillir 23 questionnaires du 8 Septembre 2008 au 31 Décembre 2008 sur ces questionnaires, un n'était pas exploitable. Le traitement des questionnaires a été fait par le logiciel Excel.

1.4 Population.

Mon étude a porté sur les patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant la naissance d'un de leur enfant. Afin de recueillir le maximum de questionnaires, l'étude a été réalisée dans différents établissements de la région.

- L'hôpital Maternité de Metz par l'intermédiaire du centre d'aide à la femme qui voit toutes les patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse.
- Le Centre Hospitalier Général Maillot de Briey par l'intermédiaire également du centre de planification familiale.
- L'hôpital du Parc de Sarreguemines par l'intermédiaire du service de consultations gynécologiques.
- Le Centre Hospitalier Régional de Bel air à Thionville par l'intermédiaire des consultations « interruption volontaire de grossesse » faite par les médecins.
- Les patientes des consultations concernant les interruptions volontaires de grossesses faites par Mme De La Chapelle à Pont A Mousson.



Nombres de questionnaires recueillis par lieu d'étude.

Ces questionnaires ont été distribués aux patientes durant le premier entretien IVG et récupéré durant le second entretien IVG.

L'étude a été réalisée :

- Du 8 Septembre au 31 Décembre 2008 à l'hôpital maternité de Metz.
- Du 8 Octobre au 31 Décembre 2008 au CHR Bel-Air, à l'hôpital du Parc à Sarreguemines, au CHG Maillot de Briey, et aux consultations du Dr De La Chapelle.

1.5 Biais et difficultés rencontrées.

Il existe des biais dans mon étude :

- Celle-ci n'a pas pu porter sur toutes les patientes réalisant une interruption de grossesse. Je n'ai donc pas pu interroger l'ensemble de la population concernée.
- Le nombre de questionnaires obtenus n'est que de 23, mon étude n'est donc pas représentative de la population générale.
- Mon souhait était de faire mon enquête dans le maximum de centres hospitaliers afin d'avoir la plus grande population possible mais on a refusé que je fasse mon enquête chez eux.
- A la question : « selon quelle modalité souhaiteriez-vous que les informations soient données ? » J'ai mis deux items : seule ou en groupe. J'aurais dû en mettre un troisième : en couple.

2. RÉSULTATS

2.1. Caractéristiques de la population.

❖ *Situation familiale.* n = 22

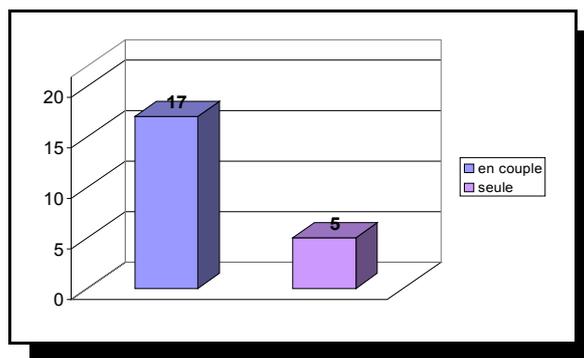


Figure 1 : statut marital

La plupart des femmes vivent en couple. (17 sur 22)

❖ *Répartition des âges.* n=22

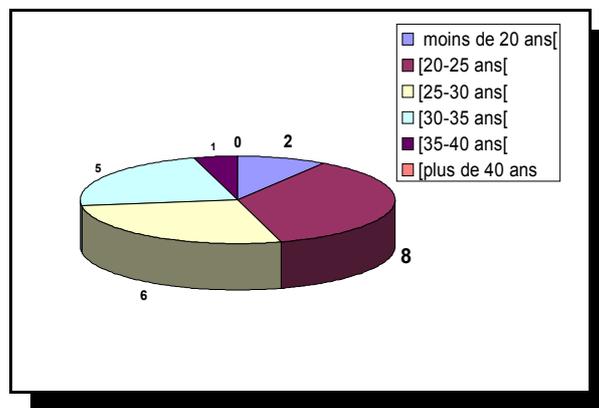


Figure 2 : âge de la population

La majorité de la population concernée se situe entre 20 et 35 ans (19 sur 22) avec un maximum entre 20 et 25 ans (8 sur 22).

❖ *Situation professionnelle.* n=22

Sur 22 femmes, les résultats sont :

- 1 patiente était étudiante
- 4 étaient sans emploi
- 11 étaient mères au foyer
- 6 étaient en activité
- 0 en apprentissage

La majorité des patientes interrogées étaient mères au foyer (11 sur 22).

❖ *Couverture sociale* n=22

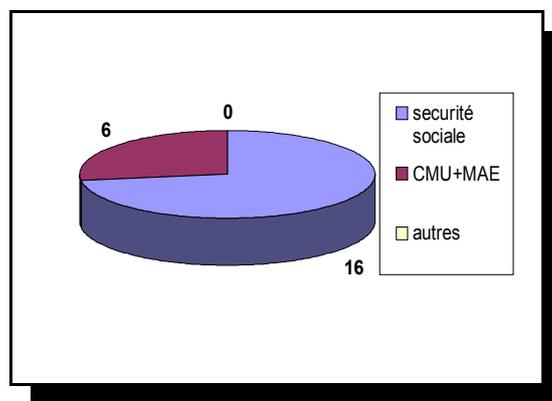


Figure 3 : couverture sociale

La majorité des patientes de la population sont affiliées à la Sécurité Sociale, on peut donc en déduire que la majorité des patientes a un niveau socio économique satisfaisant.

2.2 Concernant les antécédents obstétricaux de la population.

❖ *Parité* n=22

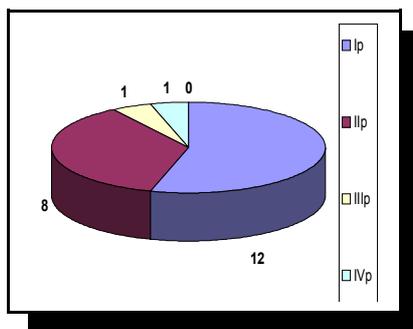


Figure 4 : nombre d'enfants par femme.

La majorité des femmes de la population a un seul enfant. (12 sur 22)

❖ *Antécédents de grossesses non désirées. n=22*

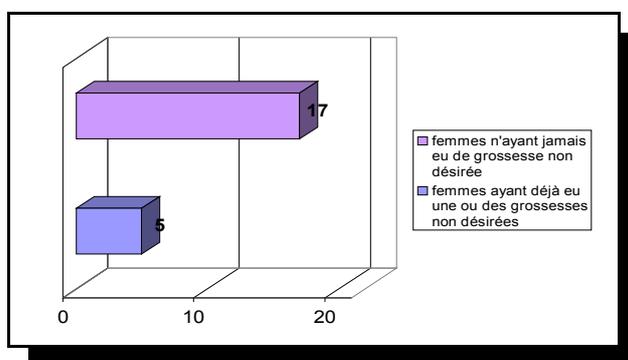


Figure 5 : femmes ayant déjà eu une grossesse non désirée.

Pour la grande majorité des patientes, cette grossesse non désirée est la première, seul 9 patientes en ont déjà eu une ou plusieurs avant.

❖ *Antécédents d'interruption volontaire de grossesse=22*

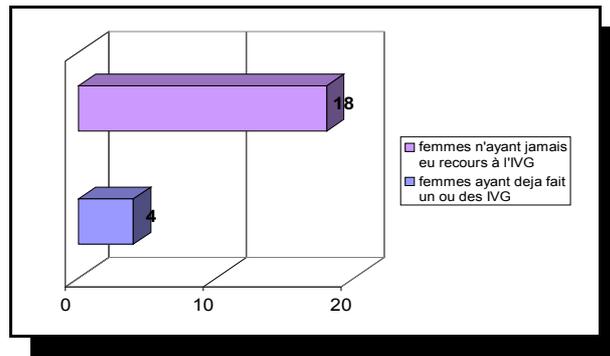


Figure 6 : femmes ayant déjà réalisé une interruption volontaire de grossesse.

Pour la plupart de la population, cette interruption volontaire de grossesse est la première, seules 4 patientes en ont déjà réalisées une ou plusieurs avant.

2.3 A propos de leur dernier accouchement.

❖ *Nombre de patientes ayant suivi un traitement afin d'être enceinte* n=22

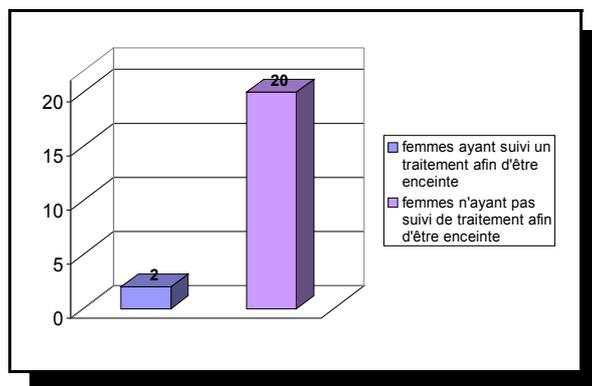


Figure 7 : nombre de patientes ayant suivi un traitement afin d'être enceinte lors de la grossesse précédente.

Seules 2 patientes ont subi un traitement afin d'être enceinte.

❖ *Nombre de patientes ayant allaité leur enfant.* n=22

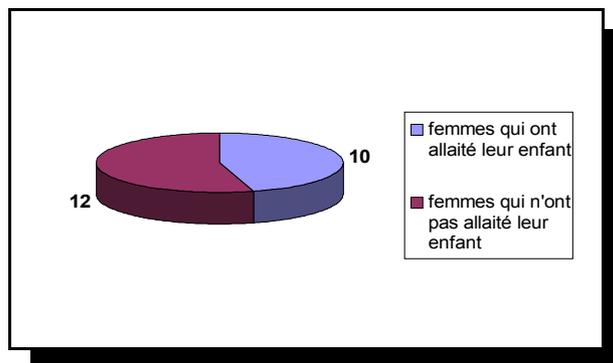


Figure 8 : patientes ayant allaité leur enfant.

La répartition entre les femmes qui allaitent et celles qui n'allaitent pas est homogène.

❖ *Nombre de femmes ayant utilisé l'allaitement maternel comme méthode naturelle de contraception.* n=22

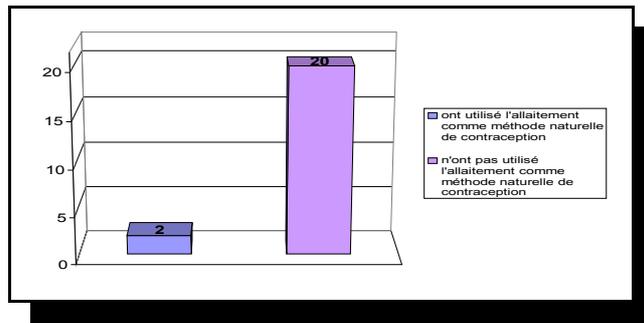


Figure 9 : patientes ayant utilisés l'allaitement comme méthode naturelle de contraception

Seules deux femmes sur les 22 que comporte la population ont utilisé l'allaitement maternel comme méthode naturelle de contraception.

❖ *Information reçue sur cette méthode naturelle de contraception.*

n=22

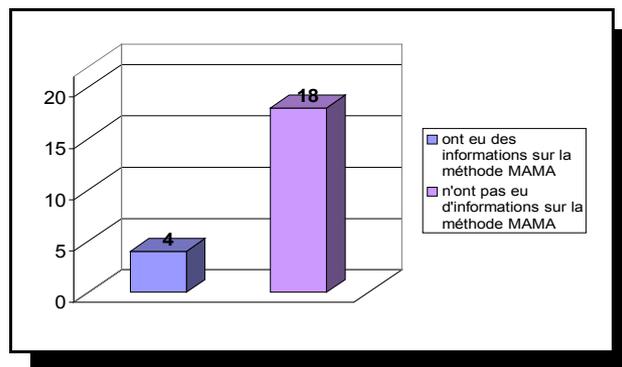


Figure 10 : Nombre de femmes ayant reçu ou non une information sur la méthode MAMA

Peu de femmes de la population ont reçu des informations sur cette méthode naturelle de contraception. Mais une grande majorité (13 sur 18) aurait souhaité en avoir.

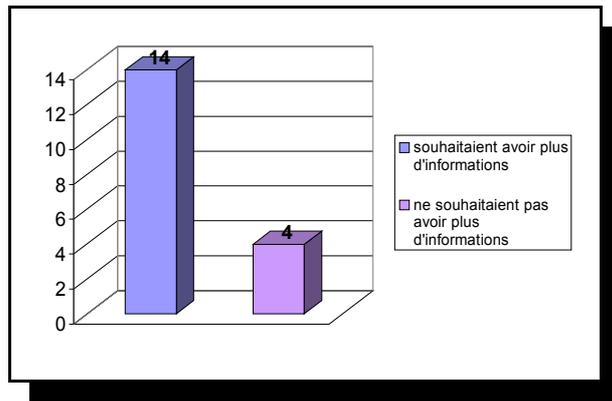


Figure 11 : nombre de patientes ayant souhaité avoir ou non plus d'informations sur la méthode MAMA

❖ *A combien de femmes a-t-on proposé une contraception à la sortie de la maternité ? n=22*

❖

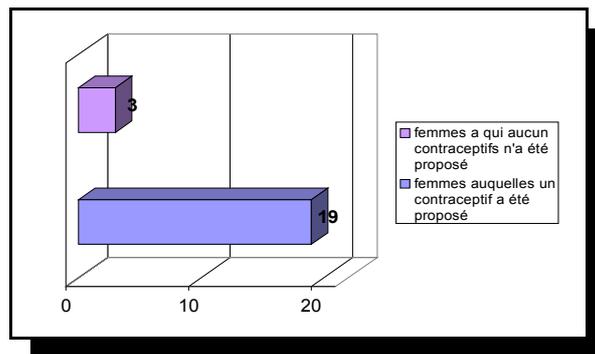


Figure 12 : nombre de femmes à qui on a proposé une contraception à la sortie de la maternité.

La majorité des femmes (19 sur 22) de la population ont eu une contraception de prescrite au cours de leur séjour à la maternité.

❖ *Quelles méthodes de contraception ont été proposées ? n=19*

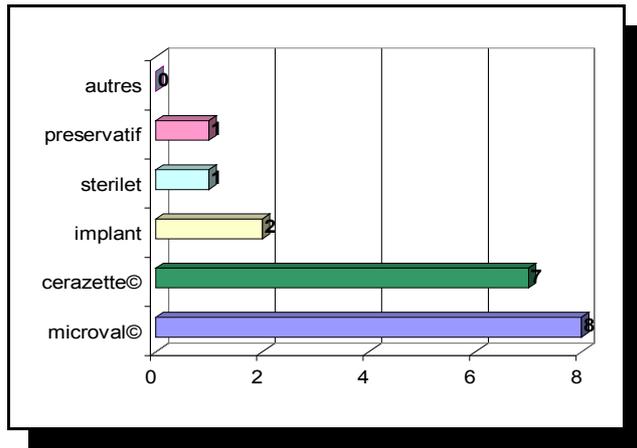


Figure 13 : quels contraceptifs ont été proposés aux femmes de la population ?

La contraception microprogestative est le moyen de contraception le plus couramment prescrit.

❖ *Combien de femmes ont utilisé cette méthode de contraception ? n=19*

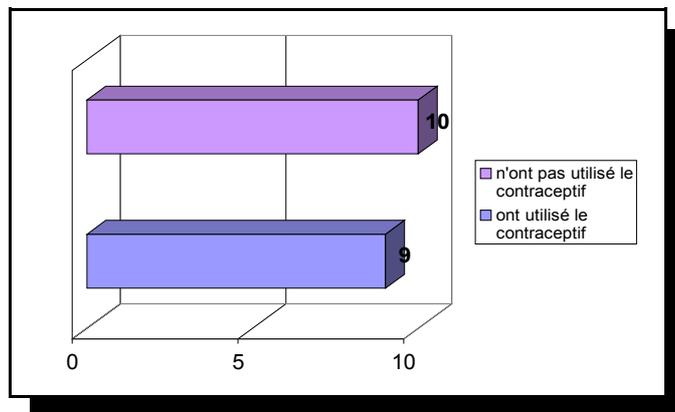


Figure 14 : nombre de femmes ayant utilisé cette méthode de contraception

La moitié des patientes (10 sur 19) n'ont pas utilisé de contraception malgré la prescription faite à la maternité.

➤ *Parmi celles qui ne l'ont pas prise* : Les raisons invoquées sont que la pilule n'était pas remboursée, qu'elle ne convenait pas, qu'elle était difficile à prendre avec le bébé mais surtout qu'elles ne pensaient pas être enceinte si tôt.

➤ Parmi celles qui l'ont utilisé : - s'il s'agit de la pilule : 5 sur 9 femmes l'ont prise tous les jours et seulement 1 sur 9 l'a prise à heure fixe. Cela montre qu'il y a une mauvaise observance de l'horaire de prise du comprimé contraceptif.

- s'il s'agit du préservatif : seul 1 femme sur 9 l'a utilisé à chaque rapport et 2 sur 9 ont eu des problèmes d'utilisation (craquage,...). Il y a donc une mauvaise observance de l'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel.

❖ *Combien de ces patientes ont utilisé la contraception d'urgence ?*

n=22

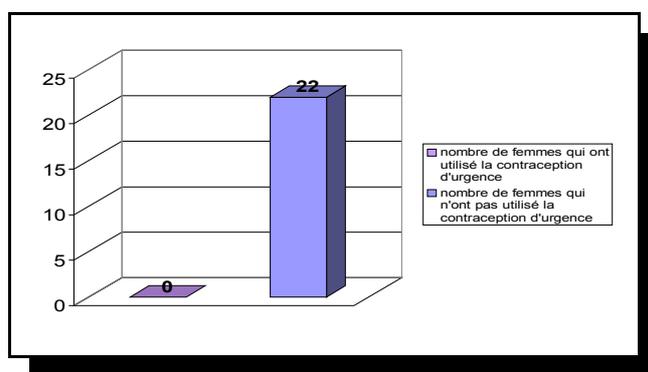


Figure 15 : nombre de femmes qui ont utilisé la contraception d'urgence

Aucune patiente de la population n'a utilisé la contraception d'urgence. 12 de ces patientes nous disent pourquoi elles ne l'ont pas utilisée :

- 1 n'avait pas d'argent
- 2 pensaient ne pas être en période de fécondation
- 3 n'ont pas pensé à cette contraception d'urgence
- 1 ne savait pas qu'elle existait
- 3 ne pensaient pas être enceinte si tôt
- 1 ne pensait pas pouvoir être enceinte sous pilule
- 1 ne l'avait pas sur elle

On peut donc noter qu'il y a un défaut de connaissances sur l'existence et les modalités de prise et d'achat de cette contraception d'urgence.

❖ *Nombre de patientes ayant reçu des informations sur ces méthodes de contraception. n=22*

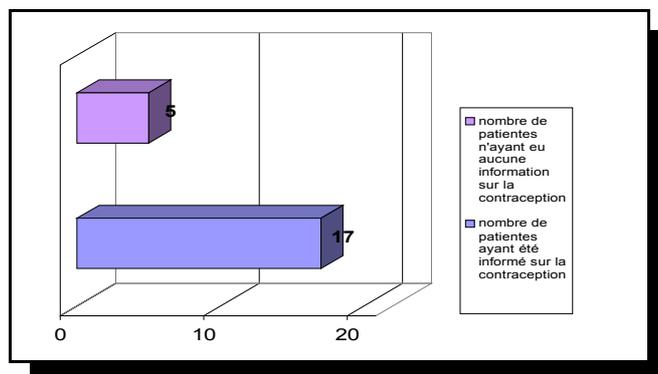


Figure 15 : patientes ayant eu des informations ou non sur les différentes méthodes contraceptives.

5 patientes n'ont eu aucune information sur ces méthodes contraceptives, ce qui n'est pas négligeable étant donné la taille de la population.

❖ *Quand ces patientes ont-elles eu ces informations ? n=17*

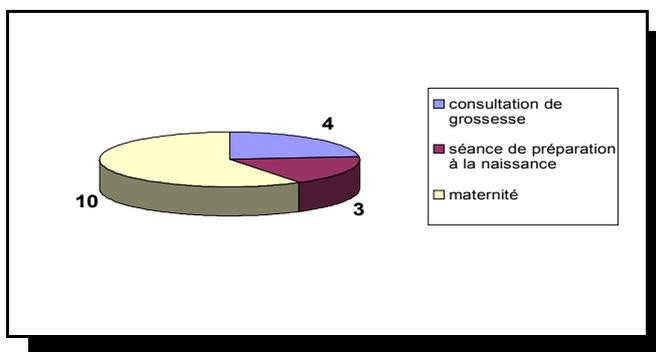


Figure 16 : moment où les patientes ont reçu les informations sur la contraception

La majorité des femmes ont reçu les informations concernant la contraception du post-partum à la maternité. Quant à la question « à quel moment précis à la maternité avez-vous reçu ces informations ? », seul 5 femmes y ont répondu : 2 ont eu ces informations après l'accouchement et 3 à la sortie.

❖ *Concernant les informations reçus sur la contraception du post partum n=17*

- Concernant leur modalité :

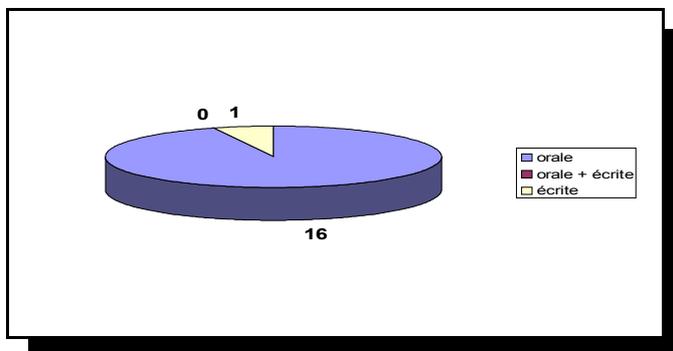


Figure 17 : modalité selon lesquelles ces informations ont été données

Quasiment toutes les patientes de la population ont reçu une information uniquement orale.

- Satisfaction des patientes concernant le moment où ces informations ont été données.

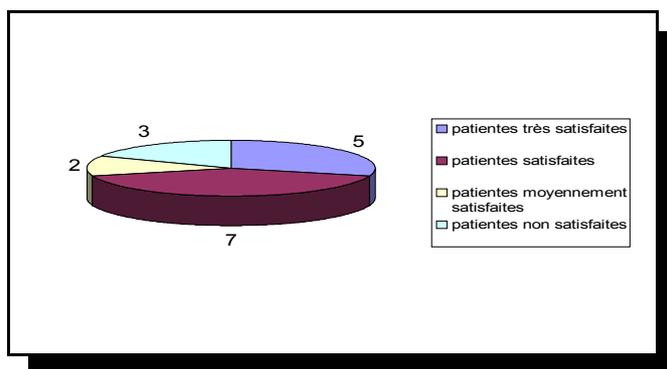


Figure 18 : satisfaction des patientes à propos du moment où ces informations ont été données.

La majorité des femmes ont trouvé que ces informations étaient données au bon moment. Seules 5 femmes sur 17 ont trouvé que le moment n'était pas bien choisi.

- Satisfaction concernant les réponses effectuées par le personnel soignant aux éventuelles questions concernant la contraception.

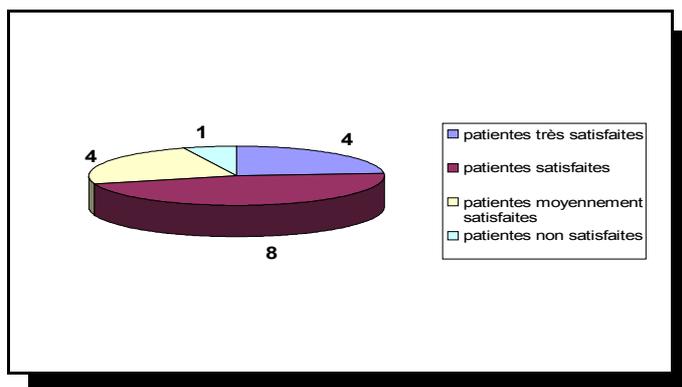


Figure 19 : satisfaction des patientes concernant les réponses effectuées par le personnel lors d'éventuelles questions.

La majorité des patientes ont été satisfaites des réponses effectuées par le personnel (12 sur 17).

- Les patientes sont-elles satisfaites de l'écoute qu'elles ont pu trouver auprès de personnel soignant ?

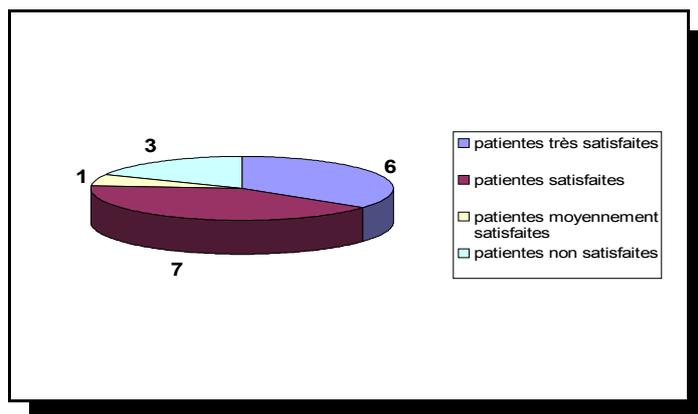


Figure 20 : satisfaction concernant l'écoute que les patientes ont trouvée auprès du personnel Soignant concernant la contraception.

Pour la majorité des femmes, le personnel soignant était suffisamment à leur écoute dans le domaine de la contraception du post-partum. (13 patientes sur 17)

- Pour les patientes cet entretien était-il clair ?

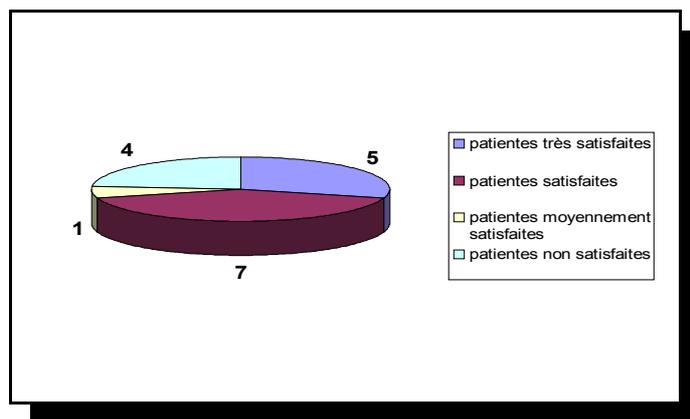


Figure 21 : satisfaction concernant la clarté de l'entretien

Il y a un équilibre entre celles qui ont trouvé l'entretien clair et celles qui ne l'ont pas trouvé clair du tout.

- Les informations données aux patientes étaient-elles suffisantes ?

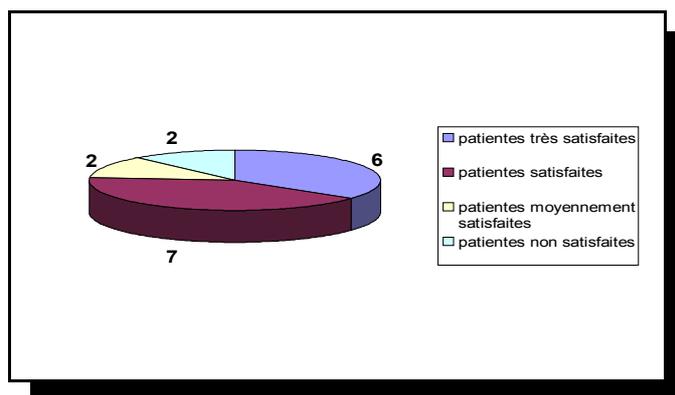


Figure 22 : satisfaction des patientes concernant le contenu de l'entretien

Pour la majorité des patientes les informations données étaient suffisantes. Pour elles, le contenu de ces séances d'information est donc satisfaisant.

- Sont-elles satisfaites des informations reçues concernant le risque encouru si elles oublient leur pilule, n'utilisent pas le préservatif...

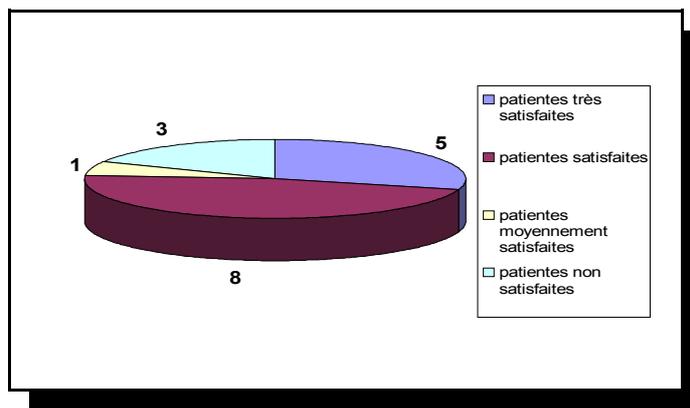


Figure 23 : satisfaction concernant l'information reçue sur les risques.

La majorité des patientes jugent avoir été assez informées sur le risque encouru si elles oublient la pilule ou n'utilisent pas le préservatif. Mais 4 femmes sur 17 jugent que ces informations n'ont pas été satisfaisantes du tout.

- Sont-elles satisfaites par le nombre d'entretiens ?

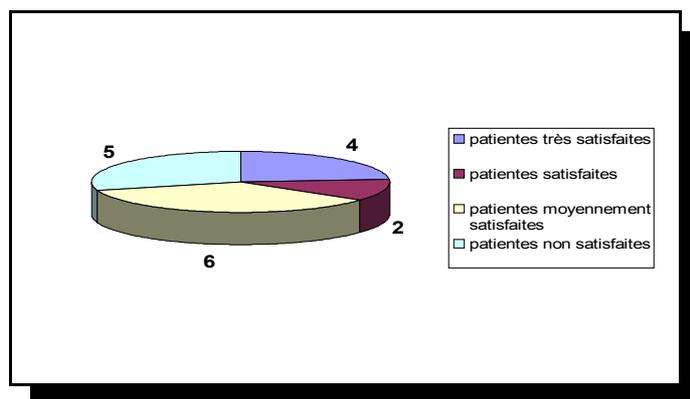


Figure 24 : satisfaction concernant le nombre d'entretien

La majorité des patientes n'ont pas été satisfaites par le nombre d'entretien (11 femmes sur 17) qui pour la plupart a été d'un seul à la maternité.

- Les patientes ont-elles reçu assez de documents écrits ?

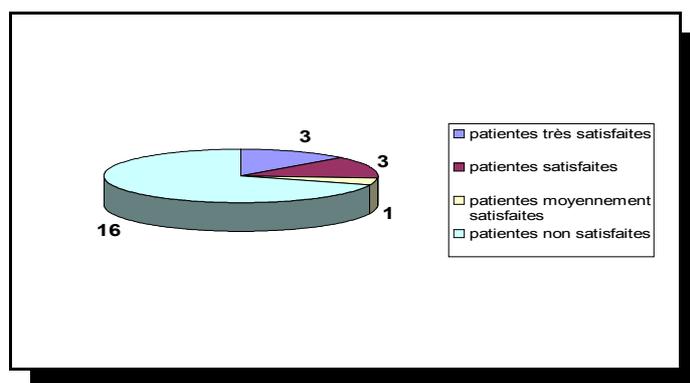


Figure 25 : satisfaction a propos de la distribution d'un support écrit lors de l'entretien

Les patientes trouvent qu'elles n'ont pas reçu assez de documentation écrite lors de l'entretien concernant la contraception dans le post-partum (11 femmes sur 17).

❖ *Quand souhaiteraient-elles que le sujet de la contraception soit abordé ?* (plusieurs réponses étaient possibles pour cette question) n=22

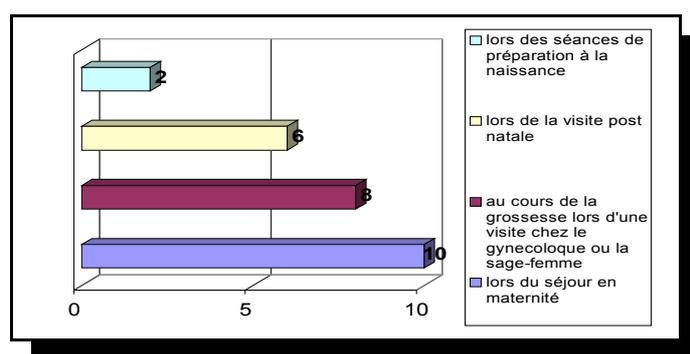


Figure 26 : moment où les patientes souhaiteraient que le sujet soit abordé.

La majorité des patientes souhaiteraient que le sujet de la contraception dans le post-partum soit abordé au cours du séjour à la maternité ou encore durant la grossesse lors d'une visite chez le gynécologue ou la sage-femme.

❖ *Selon quelles modalités souhaiteraient-elles que ces informations soient données ?* n=22

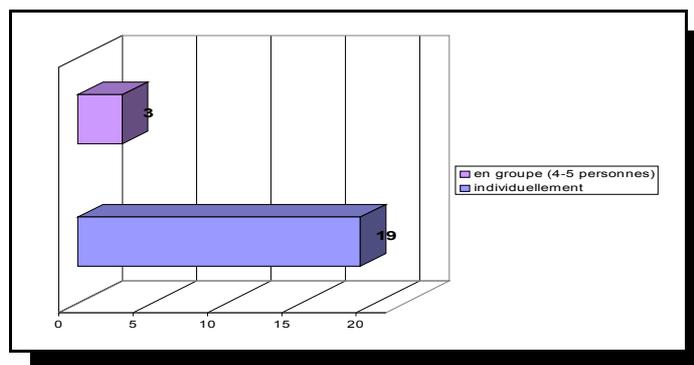


Figure 27 : modalité selon laquelle elles souhaiteraient que la séance soit effectuée.

La plupart des femmes souhaiteraient que les informations sur la contraception du post partum soient données individuellement (19 sur 22)

❖ *Combien de femmes ont effectué leur visite post natale ? n=22*

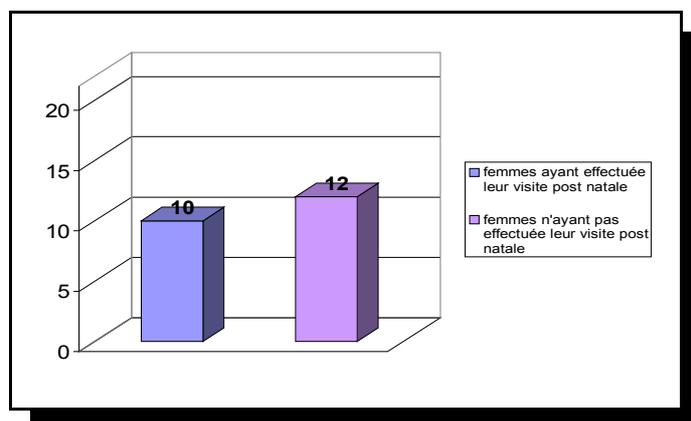


Figure 28 : nombre de patientes ayant effectué leur visite post natale

On retrouve un équilibre entre les patientes qui ont effectué la visite post natale et celle qui ne l'ont pas faite. Parmi celles qui ne l'ont pas faite, on a des réponses du type :

- « Je ne savais pas qu'il fallait ou qu'il y avait la visite 6 semaines après. »
- « Peu de temps libre, 3 appels chez le médecin non aboutis donc laissé tomber provisoirement. »
- « oublié »
- « J'ai du prendre rendez-vous moi-même parce que personne ne m'a rien proposé ni en contraception, ni en rendez-vous. »
- « J'avais pas le temps car j'avais un petit bébé. »

- « Je n'étais pas au courant de cette visite avant ces questions. »

Dans ces réponses, on observe que la raison de cette non visite est soit un manque de temps, soit qu'elles ne connaissaient pas l'existence de cette visite chez le gynécologue ou la sage femme, 6 semaines après l'accouchement.

2.4 A propos de cette grossesse

- ❖ *Quel est le délai entre l'accouchement précédent et la survenue de cette grossesse ? _{n=22}*

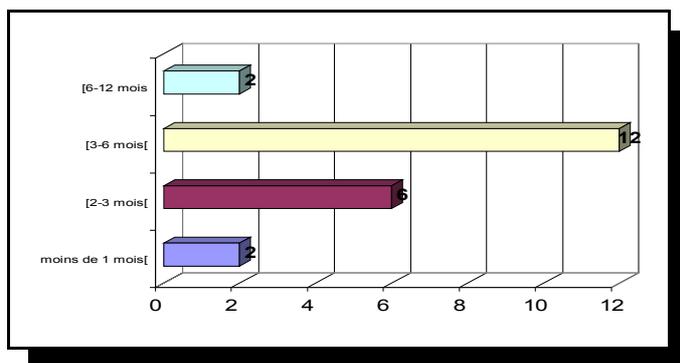


Figure 29 : délai entre l'accouchement précédent et cette grossesse

Ces grossesses surviennent dans la majorité des cas dans les 3 à 6 mois suivant l'accouchement précédent.

❖ *Méthode d'interruption de grossesse utilisée n=22*

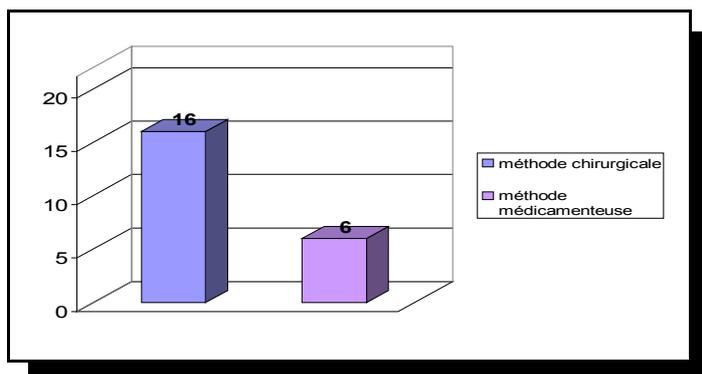


Figure 30 : méthode d'interruption de grossesse utilisée

La majorité de ces femmes ont réalisé une interruption volontaire de grossesse par méthode chirurgicale.

❖ *Souhaitent-elles une contraception après cette interruption volontaire de grossesse ? n=22*

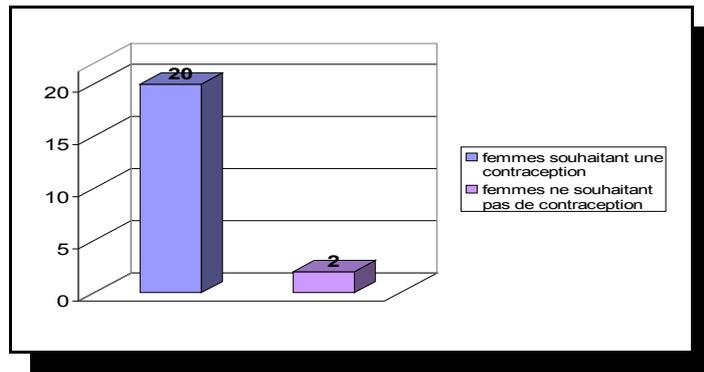


Figure 31 : nombre de femmes souhaitent une contraception après cette interruption volontaire de grossesse.

Quasiment toutes les patientes de la population souhaitent avoir une contraception après cette interruption volontaire de grossesse.

❖ *Quels contraceptifs envisagent-elles ?* n=20

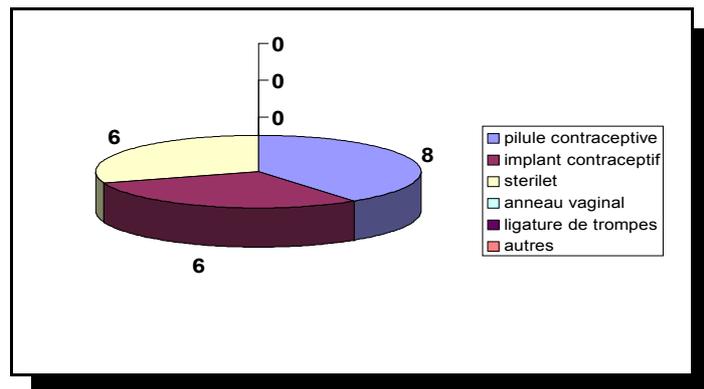


Figure 32 : contraception souhaitée par ces femmes

La contraception qu'elles souhaitent en premier lieu est la pilule. Mais les souhaits se répartissent de façon homogène entre la pilule, l'implant et le stérilet.

Partie 3 :

Discussion
et
propositions

1.ANALYSE ET DISCUSSION

1.1. La situation socio-économique de ces femmes ayant une grossesse non désirée dans l'année suivant un accouchement.

Parmi la population, la majorité des patientes sont en couple (17/22), ce qui ne paraît pas anodin car malgré une situation familiale stable, elle décide de ne pas conserver cette grossesse. Parmi les raisons qui les poussent à avorter, nous pouvons retrouver le manque d'argent, le non -désir d'un autre enfant, ou encore le désir de grossesse mais pas d'enfant.

Sur 22 patientes, 19 ont entre 20 et 35 ans et 8 ont entre 20 et 25 ans, ce qui est bien caractéristique de la population générale puisque l'âge moyen du premier enfant en France est de 28.5 ans (selon l'INDED 2008) et 95 % des femmes ayant des enfants ont entre 20 et 40 ans. De nos jours, l'âge du premier enfant a tendance à augmenter et de plus en plus de femmes ont un enfant après 40 ans.

Du point de vue de la situation professionnelle, 11 femmes sur les 22 interrogées sont mères au foyer. En France, le nombre de mères au foyer est environ de 30 % d'après l'UNAF (Union Nationale des Affaires Familiales), ce nombre diminue avec le temps, car les femmes ont une nécessité de travailler pour aider leur mari à subvenir aux besoins de leur foyer. Ce taux de 11 femmes mères au foyer montre une volonté des femmes de rester à la maison pour élever leurs enfants.

Ceci peut expliquer également une difficulté pour les femmes de prendre un contraceptif à heure régulière car il faut qu'elle s'adapte tous les jours au rythme de vie de leur enfant (sieste, repas...). De plus, elles peuvent présenter une surcharge de travail qui fait qu'elles oublient leur contraceptif.

Dans cette population de femmes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant un accouchement, la majorité sont affiliées à la Sécurité Sociale (16/22) et 6/22 sont affiliées à la Couverture Maladie Universelle ce qui peut

expliquer pour elles une difficulté à financer un éventuel contraceptif puisqu'il n'est pas remboursé à 100%. Il faudra donc bien penser à leur en prescrire un remboursé même si le taux de remboursement n'est que de 65%.

1.2. La grossesse précédente chez les patientes de la population.

Concernant le nombre d'enfants des femmes de la population, 12 femmes sur les 22 ont un enfant. Elles sont donc pour la première fois confrontées au problème de la contraception et de la sexualité dans le post-partum. Elles n'ont donc pas de référence par rapport à cela puisqu'il s'agit de leur premier enfant. Dans la population, 20 femmes sur les 22 interrogées ont eu un ou deux enfants, ce qui est une caractéristique de la population générale puisque la majorité des françaises ont un ou deux enfants.

Pour ces patientes, il s'agit de la première grossesse non désirée (17/22) et de la première interruption volontaire de grossesse (18/22), il s'agit donc vraisemblablement d'un accident. Par contre, deux femmes de la population ont eu, deux voir trois grossesses non désirées et ont eu recours autant de fois à l'interruption volontaire de grossesse. Il faut alors se poser la question d'un problème de fond :

Ne s'agit-il pas d'un désir inconscient de grossesse mais pas d'enfant ?

Ne veulent-elles pas voir si elles sont encore fécondes ?

2 patientes sur les 22 de la population ont suivi un traitement afin d'être enceinte pour leur grossesse précédente. Pour ces patientes, on peut se demander si elles ont jugé utile de prendre un contraceptif puisqu'elles ne pensaient pas être enceinte sans traitement d'aide à la procréation.

Concernant l'allaitement maternel, on retrouve un équilibre entre celles qui allaitent leur enfant et celles qui ne l'allaitent pas (12/22 versus 10/22), mais seules deux femmes ont utilisé la méthode MAMA comme méthode d'allaitement naturel et quatre femmes ont reçu des informations sur cette méthode de contraception. Cependant, il ne faut pas oublier que la méthode MAMA ne doit pas être utilisée par toutes les patientes car elle nécessite de respecter des règles strictes. On ne peut alors donner l'information qu'à certaines patientes, qu'on juge, assez rigoureuses pour appliquer cette méthode correctement. De plus, si la patiente n'arrive pas à prendre sa contraception à heure régulière, arrivera-t-elle à respecter toutes les règles de la méthode MAMA ?

Si nous demandons aux femmes, si on leur a prescrit un contraceptif à la maternité, 19 répondent « oui », seul trois femmes n'en ont pas eu de prescrits, dont une parce qu'elle avait des contre-indications à la prise d'un contraceptif hormonal. Il faut se demander pourquoi ces deux patientes n'ont pas eu de contraceptifs prescrits. Est-ce une pratique de service de ne rien leur proposer dans le post-partum immédiat et d'attendre la visite post-natale ? Ceci n'est pas classique puisque des études ont désormais montré que prescrire une pilule micro-progestative dans le post-partum immédiat n'augmente pas significativement le risque thromboembolique. Le passage d'hormones dans le lait maternel n'est que de 0.02 % pour la progestérone et de 0.01% pour les oestrogènes. La majorité des contraceptifs prescrits sont Microval® et Cérazette®. Nous remarquerons que peu de femmes ont eu un implant de prescrit alors que celui-ci peut être posé dès le 3^{ème} jour du post-partum.

Beaucoup de femmes ont eu une contraception prescrite mais nombreuses sont celles qui ne l'ont pas utilisée (10 femmes sur 19). Quand on leur demande pourquoi elles nous répondent que c'est parce qu'elle n'était pas remboursée, il faudra donc bien demander à la femme à qui on la prescrit si elle peut prendre en charge cette pilule qui n'est pas remboursée. Si elle ne peut pas la prendre en charge, on prescrira alors Microval®. D'autres ont trouvé qu'elle était difficile à prendre avec le bébé, peut-être faudrait-il alors pour ces patientes favoriser l'implant, l'anneau vaginal ou le stérilet. Mais surtout sept patientes nous disent qu'elles ne pensaient pas être enceintes si tôt, il est flagrant que pour ces patientes, il y a un défaut d'information. Lors de la séance d'information, il faudra bien insister sur le risque d'être enceinte si elle n'utilise pas correctement le contraceptif. Et surtout, il faudra bien leur faire savoir qu'elles peuvent être enceinte rapidement après l'accouchement et cela même si le retour de couche n'a pas encore eu lieu.

Parmi celles qui ont utilisé une contraception, s'il s'agit de la pilule, il y a une mauvaise observance de l'heure de prise du contraceptif et pour celles qui ont utilisé le préservatif, peu l'ont utilisé à chaque rapport sexuel. Il y a donc également un défaut d'information mais aussi un défaut d'organisation de la part des femmes.

Concernant la contraception d'urgence, aucune des patientes ne l'a utilisé soit parce qu'elles ne pensaient pas être enceintes si tôt, soit parce qu'elles ne savaient pas qu'elle existait...dans les réponses faites par les patientes, on peut noter un défaut de

connaissances sur l'existence, les modalités de prise de la contraception d'urgence et d'achat de celle-ci.

Ces patientes ont des connaissances sur la contraception du post-partum mais elles sont imprécises.

1.3. Les informations données aux patientes sur la contraception du post-partum.

17 patientes sur les 22 de la population ont eu des informations sur les différentes méthodes contraceptives. Ces informations dans la plupart des cas ont été données à la maternité, mais le post-partum immédiat est-il le meilleur moment pour parler de contraception ? Peut-être pas car les patientes sont centrées sur leur bébé et n'imaginent pas encore leur sexualité future. Il paraît donc incongru d'aborder le sujet à ce moment-là. D'ailleurs 5 patientes sur 17 ont trouvé que le moment n'était pas bien choisi. De plus, parmi les cinq qui ont répondu à la question « à quel moment précis avez-vous reçu ces informations ? », 3 ont parlé de la sortie. Or, en parler à la sortie, fait que la patiente ne pourra pas poser les éventuelles questions qui lui viennent à l'esprit après l'entretien.

Mais si on leur demande à quel moment elles souhaiteraient que le sujet soit abordé, 10 femmes sur 22 répondent lors du séjour en maternité, ce qui paraît contradictoire par rapport aux réponses faites précédemment. 8 souhaiteraient que ce soit fait au cours de la grossesse lors de visite prénatale et 6 lors de la visite post-natale. Nous pouvons corrélérer cela à la question : « le nombre d'entretiens était-il suffisant ? » 11 femmes sur 17 ne sont pas satisfaites. Donc pourquoi ne pas proposer aux patientes deux entretiens contraception ? On pourrait par exemple en parler avec elles lors de la visite du 8^{ème} ou du 9^{ème} mois chez les sages-femmes ou le gynécologue et lors du séjour en maternité. Bien sûr, on en parle déjà aux séances de préparation à la naissance, mais toutes les femmes enceintes n'y participent pas, on ne touchera donc pas toute la population des femmes enceintes.

Quasiment toutes les patientes (16/17) ont reçu une information uniquement orale. Peut-être la distribution d'une plaquette informative lors de l'entretien permettrait à la patiente par la suite si elle a une question, d'y trouver la réponse. De plus, précédemment, nous avons dit que ce n'est pas à la maternité que la question de la contraception les intéresse, elle n'écoute pas alors forcément ce qu'on leur dit mais avec un document écrit, elles pourront retrouver ces informations au retour à la maison. Dans l'enquête, lorsqu'on pose la question : « avez-vous eu assez de documentation

écrite ? », 11 patientes sur les 17 ont répondu qu'elles n'étaient pas satisfaites du tout. 5 patientes sur les 17 de la population ont trouvé que le personnel n'avait pas bien répondu aux questions qu'elles se posaient. 4 femmes sur 17 ont trouvé que le personnel n'était pas à leur écoute, que l'entretien n'était pas clair, qu'on ne les avait pas suffisamment informées sur le risque de grossesse si elles n'utilisaient pas leur contraceptif ou n'utilisaient pas le préservatif à chaque rapport sexuel. La formation continue du personnel soignant en matière de contraception est indispensable car le personnel ayant de meilleures connaissances sur le sujet ne pourra que mieux informer les patientes.

Les patientes aimeraient que les informations sur la contraception du post-partum soient données individuellement et non en groupes. Mais nous pouvons nous poser la question du couple : peut être aimeraient-elles que leur compagnon participe à ces séances d'informations ?

Un des gros problèmes est celui de la visite post-natale, en effet, 12 femmes sur les 22 de la population n'ont pas effectué la visite post natale. Les raisons retrouvées sont un manque de temps, ou bien qu'elles ne connaissaient pas l'existence de cette visite. On retrouve donc un manque d'information. Cette visite post-natale est importante pour la contraception car elle permet au médecin ou à la sage-femme de réajuster la contraception prescrite à la sortie de la maternité.

On pourrait imaginer proposer aux patientes une séance d'information contraception dans le post-partum réalisée chez une sage femme sur le même principe que les séances de préparation à la naissance puisqu'elles trouvent qu'elles n'ont pas assez de séances d'informations sur celle-ci. Cependant beaucoup de patientes n'ont pas le temps de venir à la visite post-natale, auront-elles donc le temps de venir à cette séance supplémentaire si on leur en proposait une ?

1.4. A propos de cette interruption volontaire de grossesse.

Le délai de survenue de cette grossesse est de 3 à 6 mois (12/22) après l'accouchement précédent, on trouve donc ici la nécessité absolue d'une information dans le post-partum immédiat et d'une prise de contraceptif le plus rapidement possible. Mais on retrouve également la nécessité de la visite post- natale afin de réajuster et de ré informer la patiente.

Le plus souvent, les grossesses sont âgées de plus de 7 semaines d'aménorrhée, elles sont donc découvertes plus tardivement, on utilisera donc la méthode chirurgicale pour réaliser l'IVG. Ceci représente bien la réponse effectuée souvent par la patiente : « je ne pensais pas être enceinte si tôt. »

20 des femmes de la population souhaitent une contraception après cette interruption volontaire de grossesse. Les souhaits se répartissent de façon homogène entre la pilule, l'implant ou le stérilet. En post-abortum, une information sur la contraception devra également être délivrée afin que cette situation ne se reproduise pas.

2.PROPOSITIONS

2.1. Prévention auprès des patientes.

L'information sur la contraception du post-partum doit être diffusée largement pendant la grossesse et le post-partum à l'ensemble des femmes enceintes. Il sera nécessaire d'agir sur la femme, son entourage familial (mari, compagnon...) et sur les professionnels de santé.

➤ Augmenter le nombre de séance d'informations.

Chaque rencontre avec la femme est une occasion pour aborder le sujet du post-partum. La sage-femme participe à la surveillance et à l'accompagnement des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Elle apparaît donc comme une actrice primordiale pour sensibiliser et informer les patientes.

Tout d'abord, on pourrait aborder le sujet de la contraception du post-partum durant la grossesse au cours d'une visite prénatale. Soit celle du 9^{ème} mois mais à ce moment- là la patiente est plutôt inquiétée par son accouchement imminent ou alors durant celle du 8^{ème} mois car la patiente sera plus réceptive, elle sera moins focalisée sur son accouchement. Une première séance d'information pourra être faite à ce moment là.

Bien sûr, le sujet de la contraception est abordé en séance de préparation à la naissance, mais toutes les patientes n'y assistent pas.

Puis ce sujet serait de nouveau abordé l'avant dernier jour du séjour à la maternité avec distribution à ce moment là d'une plaquette informative.

Ce sujet serait abordé une dernière fois lors de la visite post natale chez la sage femme ou le gynécologue afin de réinformer la patiente et de réajuster sa contraception.

➤ Modifier le moment de l'information.

L'information est habituellement donnée le jour de la sortie de la maternité. Il vaudrait mieux la donner un jour avant la sortie de la maternité de la patiente. Ainsi si elle a des questions, elle pourra les poser le jour de la sortie lors de la visite. De plus,

cela lui laisse une journée pour y réfléchir. Cela permettra également à la sage-femme de réajuster des informations mal comprises par la patiente.

➤ Faire des séances d'information en couple....

L'information faite à la maternité pourrait être faite en couple et non à la patiente individuellement. Ainsi cela permettrait de responsabiliser le compagnon de la patiente et de le rendre acteur de la contraception de sa femme mais également d'une éventuelle grossesse non désirée. L'homme va prendre conscience des risques que cela engendrent de ne pas prendre sa contraception régulièrement. Quand à l'usage du préservatif, il va peut être insister pour utiliser le préservatif à chaque rapport sexuel. Bien entendu avant de faire cela, il faudra demander à la patiente si elle est d'accord pour que son compagnon ou mari assiste à l'entretien.

➤ Modifier le contenu des séances d'information..

Lors des séances d'information, il faudra fortement insister sur le fait qu'après un accouchement, on peut être rapidement enceinte, que l'on n'est pas protégée si l'on ne prend pas de contraceptif.

Il faudra également insister sur l'existence de la pilule du lendemain. Les conditions, le coût, la non nécessité d'une ordonnance devront être expliqués à la patiente.

On devra également prévenir les patientes, qui ont suivi un traitement afin d'être enceinte, qu'elles risquent d'être enceintes naturellement sans traitement. Donc, par conséquent, il est utile qu'elles prennent une contraception pour se protéger d'une grossesse non désirée.

Il est également nécessaire d'informer les femmes sur les lieux où elles peuvent se renseigner sur la contraception en cas de problème ou d'oubli (Centre d'Education et de Planification Familial, Maternité...)

➤ Mise en place d'une plaquette informative. (annexe 4)

La création et la mise en place d'une plaquette informative permettrait à la patiente d'avoir un rappel écrit de tout ce qui lui a été dit oralement lors de la séance d'informations. Celle-ci serait distribuée lors de l'entretien sur la contraception du post partum. Il y a plusieurs avantages :

- Elle permettrait de rappeler à la patiente des éléments qu'elle n'a pas entendu ou compris lors de la séance d'information.
- La patiente y trouvera les réponses aux éventuelles questions qu'elle pourrait se poser une fois sortie de la maternité.

Sur cette plaquette informative, il ne faudra pas oublier d'y mettre clairement le numéro de téléphone de la maternité où elle pourra joindre une sage-femme pour lui poser des questions et les numéros de téléphone des Centres d'Education et de Planification Familiale de la région afin qu'elle puisse les joindre aux moindres doutes ou questions.

➤ Les inciter à faire la visite post natale.

La visite post natale est primordiale pour vérifier le bon déroulement du post-partum pour reparler et réajuster la contraception de la patiente. Cependant peu de femmes y assistent. Pour favoriser leur participation, il faudra bien les informer de l'existence de cette visite post natale, à quoi elle sert, quand elle doit être faite, chez qui...

Nous pouvons même imaginer donner le rendez-vous à la patiente dès la sortie de la maternité, ainsi elle a le rendez-vous et aura le temps de s'organiser en fonction de celui-ci.

Le problème est qu'il y a toujours des femmes qui vont oublier cette visite post natale. Nous pouvons donc également parler de ce rendez-vous dans la plaquette informative donnée à la patiente à la maternité.

➤ Mise en place de vastes campagnes de prévention.

On pourrait imaginer la mise en place de campagne de prévention comme par exemple la campagne de prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes, celle-ci permettrait de sensibiliser la femme tout au long de la grossesse et dans le post-partum, mais aussi d'attirer l'attention de son compagnon. Il pourrait s'agir de spots de préventions audiovisuels, affiches ... Il faudra insister sur le fait que même très tôt après l'accouchement, si elles ont des rapports non protégés, elles peuvent être enceintes. Lors de cette campagne, il faudra parler de la visite post natale de façon à inciter les femmes à la faire.

2.2. Prévention auprès du personnel soignant.

➤ Aménager un véritable temps pour l'information des patientes.

Dans la plupart des hôpitaux, l'information sur la contraception est donnée le matin juste avant la sortie lorsqu'on réalise l'examen de sortie. On pourrait imaginer donner cette information l'après-midi du jour avant la sortie. Les sages femmes, l'après-midi ont souvent une charge de travail moins importante, elles auront ainsi plus de temps pour expliquer la contraception, répondre et écouter les patientes.

De plus, les patientes pourront poser des questions à la sage-femme le lendemain lors de la visite de sortie.

Nous pouvons également imaginer des séances d'information faite par la sage femme certains après-midi de la semaine. Ces séances seraient faites par petit groupe de 3 ou 4 patientes. Les patientes seront informées des jours où ont lieu ces séances et elles pourront s'y rendre librement.

➤ La formation des professionnels de santé.

Les professionnels de santé sont des acteurs clés dans la démarche de prévention. Dans la relation soignant-soigné, le professionnel peut instaurer un climat de confiance et de dialogue propice à l'écoute et à l'échange d'informations.

Plus ceux-ci auront des connaissances sur le sujet, plus ils seront à l'aise pour passer ces informations aux patientes.

En communication, plus l'enseignant est convaincu, plus son discours sera convaincant. Les sages-femmes ont une formation de base sur la contraception. Cependant, les règles d'utilisation de ceux-ci évoluent. Il y donc nécessité, de la part des sages-femmes, de formation continue afin d'être au fait des nouveautés et de pouvoir mieux répondre aux attentes de la patiente.

De plus, les sages-femmes ont une nécessité de formation continue : « *la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances* » dans des conditions prévues par l'article L4153-1 du code de déontologie.

2.3. Modifications qui pourraient être soumises au gouvernement.

➤ Augmentation du remboursement des contraceptifs.

En effet, une augmentation du remboursement des contraceptifs améliorerait de façon significative l'accès des femmes à ceux-ci et notamment des femmes ayant peu de revenus.

Cela paraît indispensable pour diminuer le nombre de grossesses non désirées. Cela a été proposé par Mme Poletti dans son rapport du 29 Octobre 2008 et fait partie du projet de loi de Mme Bachelot qui devrait être soumis à l'Assemblée Nationale aux environs du mois de Janvier 2009.

➤ Améliorer les conditions de vie durant le post-partum.

Actuellement le congé de maternité est de 10 semaines après l'accouchement. Ce qui est relativement court. Nous pouvons penser d'une part, qu'en améliorant les conditions du post-partum, nous aurions moins de femmes enceintes par accident dans l'année suivant l'accouchement précédent car elles n'auraient pas à penser à la reprise du travail et n'auraient pas à gérer ce surcroît de travail. Elles auraient plus de temps pour s'occuper d'elles.

D'autre part, nous pouvons imaginer qu'avec un congé maternité plus long, elles conserveraient cette grossesse qu'actuellement elle ne garde pas.

L'autre aspect qu'il faut voir est l'aspect financier : en effet, nous pouvons penser qu'une revalorisation pécuniaire du post-partum permettrait à ces femmes d'une part de pouvoir financer leur contraceptif et d'autre part de conserver cette grossesse accidentelle.

Nous pouvons rappeler le cas de la Norvège où le congé maternité dure un an payé à 80% ou de 10 mois payé à 100%.

Conclusion

Les interruptions volontaires de grossesses en France sont au nombre de 209 700, 5% de celles-ci ont lieu durant le post-partum. Cependant, la survenue de grossesses non désirées a une grande part de psychologique, ce qui peut rendre la prévention de celle-ci délicate.

La prévention de ces grossesses non désirées a lieu dans la plupart des cas dans le post-partum immédiat, le jour de la sortie de la maternité.

L'enquête réalisée a démontré que ces informations ne sont pas adéquates, ne sont pas données au bon moment mais surtout que les modalités selon laquelle elles sont données ne sont pas idéales.

Nous pouvons améliorer cela, même si des difficultés persisteront toujours, en effet, nous pouvons réduire ce taux d'interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant un accouchement mais nous ne pouvons pas l'amener à 0%. Nous ne pourrions pas lutter contre l'aspect psychologique de ces avortements. De plus, l'information donnée à une femme, ne conviendra pas forcément à une autre.

La sage-femme participe à la surveillance et à l'accompagnement des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Elle apparaît donc comme un acteur primordial pour sensibiliser et informer les femmes sur le risque de grossesse dans le post-partum et sur la contraception après l'accouchement.

Il serait intéressant de réaliser une enquête de satisfaction auprès des patientes dans le post-partum après distribution de la plaquette informative et modification des circonstances de l'information. Aussi, nous verrons si elles sont satisfaites et si désormais, elles auront réalisé la nécessité et l'utilité d'avoir une contraception dans le post-partum et les démarches à effectuer en cas de défaut de contraception.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Véronique DASEN et les étudiants du séminaire d'histoire ancienne. Famille et parenté. Chapitre 2 : statut de la femme dans la famille.
- [2] http://elearning.unifr.ch/antiquitas/fiches.php?id_fiche=199 antiquas avortement et contraception
- [3] Dr Danièle HASSOUN .Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France. http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html Page consultée le 10 Juillet 2008.
- [4] Histoire de femmes. La légalisation de l'avortement. <http://www.planning-familial.org/themes/theme14-histoireFemmes/fiche01Precision01bis.php> Page consultée le 10 Juillet 2008.
- [5] http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_reperes_chrono.html contraceptions, avortement repère chronologique ANCIC
- [6] Manifeste des 343 Salopes. <http://bok.net/pajol/manif343.html> Page consultée le 10 juillet 2008.
- [7] http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/002/index.htm 30 ème journée nationale du CNGOF contraception du post partum et post abortum.
- [8] Enjeux inconscients dans l'interruption volontaire de grossesse. L'IVG et sa prévention. JC Pans, F Venditteli, P Lachori Masson 2005 consulté le 1 Mars 2008.

- [9] Contraception et prévention de l'IVG enjeux et paradoxe. L'IVG et sa prévention. JC Pans, F Venditteli, P Lachori Masson 2005 consulté le 1 Mars 2008.
- [10] Des échecs de la contraception à l'information des femmes. L'IVG et sa prévention. JC Pans, F Venditteli, P Lachori Masson 2005 consulté le 1 Mars 2008.
- [11] Les interruptions volontaires de grossesse en 2005. Rapport de la DRESS n°24 février 2008.
- [12] Les interruptions volontaires de grossesse en 2004 . Rapport de la DRESS . Septembre 2006. n°522.
- [13] Etat des lieux sur l'interruption volontaire de grossesse en France.(source : rapport nisand) 1998
- [14] Et si on y réfléchissait ? Les dispositions de la loi Aubry.
<http://www.avortementivg.com/article-22488396.html>
- [15] http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id_10.pdf Laure Mourichon Kinésithérapeute spécialisée en uro-gynécologie Sexothérapeute diplômée de la faculté de médecine de Bobigny Sexualité après accouchement.
- [16] Sexualité, grossesse et post-partum Sexualité Denise Medico, M.A., psychologue FSP, sexologue, sexoanalyste.
- [17] SEXUALITE DU POST-PARTUM Chantal FABRE-CLERGUE Sage-femme sexologue

- [18]Croyances & laïcité : guide pratique des cultures et des religions. Isabelle Lévy - 2002 - 496 pages édition estem page 276.
- [19] Contraception du post partum, Marianne BUHLER (paris) le 14/02/07 PARIS-PACI.
- [20]Contraception du post-partum .Contraception de post Abortum Profession sage-femme n°137. Juillet-Aout 2007. Consulté le 15 Février 2008.
- [21]Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme.Synthèse des recommandations .Décembre 2004. Rapport de L'ANAES. Consulté le 18 Février 2008.
- [22] La contraception en France
http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_actualite_scientifique/la_pilule_principale_methode_de_contraception_en_france juillet 2008.
- [23] Etat des lieux et statistiques de la contraception en France http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/contraception/00_etat_des_lieux_statistiques.php3.
- [24] Données sur la contraception en France .
<http://www.affection.org/sante/contraception/DONNEES.html>
- [25]Nouvelle capacité prof des sf suite aux textes législatifs paru en 2004 et 2005 14/02/08.
- [26] <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp> Rapport poletti
- [27] http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Projet_de_Loi.pdf. Projet de loi Bachelot.

- [28] Clause de conscience et accompagnement. Sybille Jaloux sage femme , maternité des lilas (93) dossier de l'obs. n378 JUIN 2008 P15-17
- [29] À-propos de la clause de conscience, Odile MONTAZEAU et Josée BENOIT DOSSIER OBST 376 NOV 2008 P3-P7

ANNEXE 1

Mesdames,

Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'école de sage-femme de Metz, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête sur les grossesses non désirées dans l'année suivant un accouchement. Je vous demande donc de bien vouloir répondre anonymement à ce questionnaire. Votre aide m'est précieuse afin d'essayer de réduire le nombre de grossesses non désirées.

Date :

➤ Concernant votre situation

1. *Quel âge avez-vous ?*.....

2. *Vivez-vous* : Seule En couple
 Autre, précisez :

3. *Etes-vous* : Etudiante Mère au foyer
 Sans emploi / chômage Apprentissage
 En activité Autres ; précisez

4. *Bénéficiez-vous d'une couverture sociale ?*

Sécurité sociale CMU + MAE Autres

➤ Concernant vos antécédents obstétricaux

5. *Combien avez-vous d'enfants ?*

1 2 3 4 5 et plus

6. *Avez-vous déjà eu des grossesses non désirées ?*

Oui Non

Si **oui**, combien et quand ?.....
.....

7. *Avez-vous réalisé des interruptions volontaires de grossesses précédemment ?*

Oui Non

Si **oui**, combien et quand ?.....

➤ **Concernant votre dernier enfant.**

8. *Quand avez-vous accouché ?* (date précise).....

9. *Avez-vous suivi un traitement afin d'être enceinte ?*

Oui Non

10. *Avez-vous allaité votre enfant ?*

Oui Non

11. *Avez-vous utilisé l'allaitement maternel comme méthode naturelle de contraception ?*

Oui Non

12. *Vous a-t-on donné des informations sur cette méthode naturelle de contraception ?*

Oui Non

Si **non**, auriez vous aimé en avoir ? ou en savoir plus ?.....

.....

13. *Vous a-t-on proposé une (des) méthode(s) de contraception à la sortie de la maternité ?*

Oui Non

Si **oui**, la(es)quelle(s) ? cérazette® microval® stérilet

implant préservatifs autres, précisez :

14. *Avez-vous utilisé cette (ces) méthode(s) de contraception ?*

Oui Non

Si **non**, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

Non remboursée Ne convenait pas

Difficile à prendre avec le bébé

J'attendais la visite post natale

Non autorisée par la religion

Sexualité reprise plus tôt que prévu

Je ne pensais pas pouvoir être enceinte si tôt

Autres, précisez :.....

Si **oui**, avez-vous :

- S'il s'agit d'une pilule : prise tous les jours ? Oui Non
Prise à heure fixe ? Oui Non

- S'il s'agit du préservatif : utilisé à chaque rapport sexuel ? Oui Non
Avez-vous eu un problème d'utilisation (craquage.....) ? Oui Non

.....

➤ **Concernant cette grossesse**

21 . *A quel terme êtes-vous ? (en semaines d'aménorrhée)*

22 . *Souhaiteriez-vous une contraception après cette IVG ?*

Oui

Non

Si oui, laquelle ?.....

Merci de votre participation à ce questionnaire.

ANNEXE 2

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est la méthode de planification familiale basée sur la physiologie de l'allaitement maternel. Si une femme allaitant au sein remplit les trois critères suivants, son risque de grossesse dans les trois mois du post-partum est aux alentours de 2 %, ou 1 de 50.

MAMA comporte trois critères :

1. **L'aménorrhée**, définie comme l'absence de règles. Le retour des menstruations est défini comme les deux premiers jours consécutifs de saignement ou de spotting ayant lieu après deux mois du post-partum.
2. **L'allaitement maternel complet** ou presque complet comprend l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement presque exclusif et l'allaitement presque complet, jour et nuit à la demande du bébé. L'efficacité et la durée de MAMA sont renforcées par des modes d'allaitement plus intenses, surtout pendant les premières semaines et les premiers mois.
3. **Moins de six mois du post-partum.**

Q. 1. Quand les utilisatrices de MAMA devraient-elles commencer à utiliser une autre méthode ?

Recommandation : Les méthodes d'appoint ne sont pas nécessaires tant que les critères de MAMA sont remplis mais une autre méthode peut être utilisée pendant la période de protection de la MAMA si la femme le souhaite. Les méthodes d'appoint devraient se limiter aux méthodes qui conviennent aux femmes qui allaitent.

Selon l'OMS, les méthodes progestatives (p. ex. PP, *Depo Provera*, *Norplant*) ne devraient pas être commencées avant six semaines du post-partum et les méthodes contenant des oestrogènes (COC, CIC) ne devraient pas être démarrées par les femmes qui allaitent avant six mois du post-partum.

Raison fondamentale : Tant que les critères sont remplis, la MAMA reste une méthode contraceptive très efficace (214).

Les méthodes non hormonales ne comportent aucun effet sur la lactation ou le bébé. Les méthodes progestatives n'ont pas d'effet connu mais entrent dans la Catégorie 3 de l'OMS (les avantages ne justifient pas les risques) pour des inquiétudes théoriques concernant la transmission des stéroïdes dans le lait maternel dans les six semaines du post-partum. Suite à leur effet sur la lactation (OMS Catégorie 3), en général les méthodes à base d'oestrogène ne devraient pas être utilisées par les femmes qui allaitent avant six mois du post-partum (302).

Recommandation : Une utilisatrice de la MAMA devrait avoir sous la main une autre méthode contraceptive qu'elle peut démarrer elle-même. Une femme devrait avoir la possibilité de faire un choix informé en vue de commencer toute autre méthode appropriée pendant qu'elle est encore protégée par la MAMA. Ensuite, elle peut commencer cette méthode lorsque les critères MAMA ne sont plus remplis ou qu'elle ne veut plus dépendre de la MAMA.

Raison fondamentale : La méthode dont dispose l'utilisatrice de la MAMA (et qu'elle peut utiliser lorsqu'elle ne dépend plus de MAMA) peut être une méthode de suivi choisie par la femme ou elle peut l'utiliser en tant que méthode complémentaire temporaire jusqu'à ce qu'elle ait l'occasion de rendre visite à un prestataire de la planification familiale pour obtenir la méthode de son choix. Un prestataire peut être raisonnablement sûr qu'une utilisatrice n'est pas enceinte si les critères MAMA sont satisfaits. Le prestataire peut ensuite fournir la méthode choisie (conformément au protocole de cette méthode) avant la fin de MAMA (214).

Le fait d'avoir sous la main une méthode contraceptive que l'utilisatrice peut démarrer elle-même lorsqu'elle met fin à la MAMA (ou lorsque la femme ne veut plus dépendre de MAMA) diminue le risque d'avoir une période de battement sans protection.

Recommandation : Si une femme utilisant MAMA court le risque de contracter une MST, y compris le VIH/SIDA, elle devra probablement en plus de la MAMA utiliser les condoms ou autre méthode de barrière pour sa protection contre les MST.

Raison fondamentale : La MAMA n'offre aucune protection contre les MST ou le VIH. Il faut encourager les clientes qui courent le risque de contracter ces maladies à utiliser des méthodes de barrière et leur donner une orientation sur les comportements qui peuvent diminuer ce risque.

Q. 2. L'utilisation de MAMA peut-elle aller au-delà de six mois ?

Recommandation : La durée de MAMA peut être prolongée de quelques mois chez les femmes aménorrhiques par le biais de soutien pour les pratiques d'allaitement optimal.

Raison fondamentale : L'éducation et l'information prénatales sur la MAMA peuvent permettre d'allonger la durée de l'allaitement maternel, l'aménorrhée due à la lactation et la protection de la MAMA (45, 223).

Recommandation : Les versions prolongées de la MAMA (MAMA-9, MAMA-12) sont basées sur l'aménorrhée et le maintien d'une haute fréquence d'allaitement avec allaitement complet ou presque complet et avec allaitement avant chaque repas supplémentaire.

L'aménorrhée due à la lactation au-delà de six mois du post-partum confère une bonne protection contre la grossesse bien qu'elle soit moins élevée que celle des six premiers mois.

Comme pour la MAMA standard, l'utilisation d'une autre méthode devrait être recommandée au moment du retour des menstruations. Si la femme est aménorrhique avant qu'elle ne cesse l'allaitement complet ou presque complet, elle peut revenir pour une orientation (soit pour continuer à utiliser la MAMA, soit pour commencer une autre méthode contraceptive si elle le souhaite)

Raison fondamentale : La probabilité de tomber enceinte pendant l'aménorrhée lactationnelle est faible pendant les six premiers mois du post-partum. Le risque de grossesse pendant l'aménorrhée lactationnelle est plus élevé après six mois du post-partum mais, chez les femmes avec des modes d'allaitement intensif, le taux d'échec lié à l'aménorrhée reliée à la lactation jusqu'à un an du post-partum est comparable au taux d'échec en cas d'utilisation parfaite d'autres méthodes réversibles. Toutefois, plus de recherches s'avèrent nécessaires sur l'efficacité de la méthode MAMA prolongée (45, 138, 147, 225).

ANNEXE 3

Les différents centres de planification et d'éducation familiale en Lorraine.

➤ En Meurthe et Moselle.

<i>Lieu</i>	<i>adresse</i>	<i>téléphone</i>
Maternité régionale A. Pinard	10 rue du Dr Heydenreich 54000 Nancy	03 83 34 43 18
Hôpital Villemin	45 rue Nabecor 54000 Nancy	03 83 85 24 90
Centre de santé mutualiste de la MGEN	6 rue Désilles 54000 Nancy	03 83 17 76 13
Centre Hospitalier	1 rue Level 54300 Lunéville	03 83 74 24 81
Centre Hospitalier St Charles	Cours Raymond Poincaré 54200 Toul	03 83 62 21 82
Centre Hospitalier	Place Colombé 54700 Pont à Mousson	03 83 80 20 09
Maison de l'information	31 avenue Albert de Briey 54150 Briey	03 82 20 98 71
Association hospitalière du bassin de Longwy	4 rue Alfred Labbé 54350 Mont Saint Martin	03 82 44 72 62

➤ En Moselle.

<i>Lieu</i>	<i>Adresse</i>	<i>Téléphone</i>
Centre Médico-social	2, rue Nationale 57600 FORBACH	03.87.84.64.51 03.87.84.64.52 03 87 84 54 53 (standard)
Service Universitaire de Médecine Préventive et de protection de la Santé	Ile du Saucly 57000 METZ	03.87.31.50.35
Hôpital maternité de Metz	1 , place Ste croix 57000 METZ	03.87.34.54.28
Hospitalor	14, rue du général Altmayer 57500 SAINT AVOLD	03 87 92 95 46 03 87 91 14 44 (standard)
Centre Hospitalier Général Saint-Nicolas	25, Avenue du Général de Gaulle 57400 SARREBOURG	03.87.23.24.71 03.87.23.24.25 (standard)
Hôpital du Parc	Rue de l'Hôpital 57200 SARREGUEMINES	03.87.95.88.00 (standard)
Hôpital Bel Air	Rue de Friscaty 57100 THIONVILLE	03.82.55.84.28 03.82.55.82 55 (standard)
planning familiaux du MFPPF	1, Rue Coëtlosquet 57000 Metz	03 87 69 04 77

➤ Dans les Vosges.

<i>Lieu</i>	<i>Adresse</i>	<i>Téléphone</i>
Centre Hospitalier Jean Monnet	3 avenue Robert Schuman 88000 EPINAL	03 29 68 70 00
Centre Hospitalier	Boulevard Kelsch 88400 GERARDMER	03 29 63 66 66
Circonscription D.V.I.S.	39, rue Jules Ferry 88300 NEUFCHATEAU	03 29 94 02 84
Centre Hospitalier	1, rue Georges Lang BP 161 88204 REMIREMONT CEDEX	03 29 23 41 41
Circonscription DVIS	7 rue Bérégovoy 88100 SAINT DIE	03 29 53 50 90
Circonscription DVIS	387, rue St Eloi 88 800 VITTEL	03 29 08 02 33
Centre DVIS	1 rue des Cloîtres 88500 MIRECOURT	03 29 38 54 55

➤ Dans la Meuse.

<i>Lieu</i>	<i>Adresse</i>	<i>Téléphone</i>
Centre médico-social	12, rue André Theuriet 55000 BAR LE DUC	03 29 79 20 77
Centre médico-social	1, rue Henri Garnier 55200 COMMERCY	03 29 91 54 51 03 29 91 54 55 (standard)
Centre médico-social	Place des Moines 55300 SAINT MIHIEL	03 29 89 12 82 (standard)
Centre médico-social	Rue de l'Hôpital 55700 STENAY	03 29 80 32 34 (standard)
Centre Hospitalier général Service maternité	2, rue d'Anthouard 55100 VERDUN	03 29 83 85 48 03 29 83 84 85 (standard)

ANNEXE 4

Plaque informative.

De tout temps, l'interruption volontaire de grossesse a existé et a été considéré comme un mal. Le code d'Hammaerobi (XVII^{ème} siècle avant JC) le sanctionne, le serment d'Hippocrate (IV^{ème} siècle avant JC) l'interdit également : « (...) *je ne remettrai a aucune femme un pessaire abortif.* »

Jusqu'au 26 Novembre 1974, jour où Simone VEIL prononçait devant l'assemblée le discours qui allait mener à la législation sur l'avortement. Loi, qui depuis a été modifiée, notamment par Mme Aubry, donnant ainsi naissance en 2001 à la loi permettant l'avortement jusqu'à 14 semaines d'aménorrhées et supprime l'obligation d'autorisation parentale pour les mineurs.

Cependant, de nos jours environ 5% des interruptions volontaires de grossesse surviennent dans le post-partum malgré le développement des méthodes contraceptives telle que par exemple Cérazette[®], Microval[®] ou l'implant et de la contraception d'urgence.

Qu'est ce qui peut expliquer ce taux d'interruptions volontaires de grossesse dans le post-partum ? La prévention de ces grossesses non désirées est- elle faite de manière optimale ?

Une étude quantitative réalisée auprès de femmes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant un accouchement permet d'apporter des éléments de réponse à ces questions. Leur analyse conduira à des propositions pour améliorer la prévention de ces grossesses non désirées.

Une réelle modification des conditions d'information des femmes sur la contraception du post-partum est nécessaire, afin que celles-ci intègrent réellement la contraception du post-partum dans leur vie et comprennent le risque si elles n'utilisent pas celle-ci.

La sage-femme a un rôle primordial dans la prévention de ces grossesses non désirées.